Health Canada Santé Canada

REALIGNING HEALTH CANADA TO BETTER SERVE CANADIANS

April 17, 2000

Canada

Table of Contents

INTRODUCTION **1**

OUR CHALLENGES **2**
Advances in Health Knowledge and Technology 3
Changing Public Expectations 4
Increasing Need for Partnership, Collaboration and Horizontality 5

SUCCESS IS... ..... **6**

OUR RESPONSE TO DATE **8**

MOVING TO THE NEXT LEVEL OF PERFORMANCE **10**
Health protection 10
Population health and public health 11
Management challenges 11

REALIGNMENT **12**
Improving Horizontal Management 13
Strengthening Our Branches and Regional Operations 15
Population and Public Health Branch (PPH) 16
Health Products and Food Branch (HPF) 18
Environmental and Product Safety Branch (EPS) 19
Office of the Chief Scientist 21
First Nations and Inuit Health Branch (FNIH) 21
Health Policy and Communications Branch (HPC) 22
Information, Analysis and Connectivity Branch (IAC) 23
Corporate Services Branch (CSB) 24
Pest Management Regulatory Agency (PMRA) 24
Regional Directors General 25

OUR PEOPLE **26**

INVITATION **27**

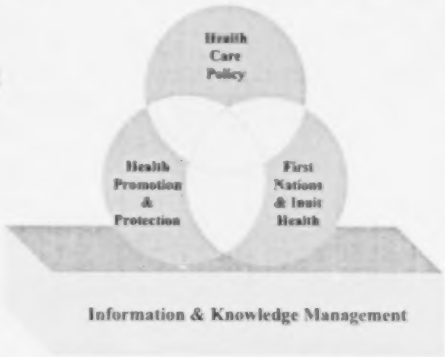
105-03837/

REALIGNING HEALTH CANADA TO BETTER SERVE CANADIANS

INTRODUCTION

Health Canada's mission is to help the people of Canada maintain and improve their health. Our mandate covers three broad areas:

- national health policy and systems – including health care;
- health promotion and protection, including disease, illness and injury prevention; and
- First Nations and Inuit health.



They are underpinned by a solid information and knowledge base.

Our Departmental objective is to improve health outcomes.

Health Canada is operating in a rapidly changing and increasingly complex environment. Our responsibilities have grown and evolved over time. In addition, the federal budgets of 1999 and 2000 have injected significant investment into the Department.

We need to move from a 1970s organization to one that's better positioned to meet the challenges of the new millennium.

However, the Department is still operating with a structure that was essentially built in and designed for the 1970s[1].

[1] Health Canada has undergone structural change -- e.g., 1993 government-wide reorganization; transfer of the Product Safety Bureau from the former Department of Consumer and Corporate Affairs in 1994; creation of the Pest Management Regulatory Agency in 1995 out of elements from four different departments; and creation of the Information, Analysis and Connectivity Branch in 1998 to add new information and knowledge management capability to the Department. These changes did not significantly alter the organizational structure of existing branches.

We need to assess, rejuvenate and strengthen our organizational and management structure to:

- better align ourselves to work more effectively with our collaborators and partners, particularly other departments and the provinces and territories;
- improve service – including sound and timely health information – to the people of Canada;

Realignment objective:
- **improved service**
- **better aligned to collaborate externally and internally**
- **strengthened organizations**

- strengthen our ability to work cohesively within the Department to better focus our resources on areas where Health Canada can contribute most effectively to health outcomes; and
- strengthen our capacity to be innovative, continuously learning, flexible, accountable and driven by a focus on performance and results.

This document outlines why our organization needs adjustment, and our plans for realigning our structure to meet the challenges we face.

OUR CHALLENGES

The 1990s were challenging years for the health and other sectors as resource constraints forced organizations to "do more with less." Now, with federal and provincial government deficits largely under control, the focus is shifting to rebuilding and moving forward to meet the challenges of the twenty-first century.

For Health Canada, those challenges arise from three broad environmental trends.

Advances in Health Knowledge and Technology

The last half of the twentieth century witnessed unprecedented advances in scientific knowledge and technology.

We can expect even more spectacular advances in the twenty-first century. Scientific developments, coming one upon another at a breathtaking pace, will vastly increase our knowledge about risks to health. Innovative health intervention approaches, analytical methods and medical technologies will provide numerous new ways to address those risks.

Rapid advances in health knowledge and technology –>

- **new ways to protect and improve health**
- **strengthened capacity to produce and use evidence**
- **new products, new health risks**
- **increased scope, diversity and complexity of health issues**

These developments will also bring new risks to health – such as from new products and the application of new technologies.

These and similar changes will require the Department to develop greater capacity to respond rapidly to the increasing number, scope and complexity of evolving health issues.

Health Canada needs to augment the size and diversity of its scientific capacity, core human resources competencies, and access to knowledge.

The Department will need to increase the size and diversity of scientific and other disciplines in which it maintains capabilities. They will be needed to properly understand, assess, select, integrate and apply available tools and evidence in the extremely complex environment of contemporary and future health issues.

We will also require access to leading-edge research and knowledge in support of our health surveillance and health promotion and protection roles. We will have to rely not only on our own internal capabilities, but also on our participation in national, regional and local networks, the Canadian Institutes of Health Research, and their international equivalents.

Changing Public Expectations

In the information age, the Canadian public is increasingly demanding to be informed about and to participate in government decision-making. Canadians want government decisions to be made openly, based on evidence and in accordance with the shared values of Canadians. They want government to be accountable – to deliver effectively on expected results.

Canadians expect:
- **to participate in decision-making**
- **open, transparent, accountable government**
- **higher standard of care and ethics**
- **equity in and access to health and health care**

Canadians also want to be more involved in decisions about their own personal health.

Advances in information technology will expand the ability of organizations to obtain and share health knowledge, both domestically and internationally. This will put enormous pressure on governments to make decisions quickly and effectively – to be more responsive.

Advances in information technology will
- **expand capacity and speed to generate and share knowledge**
- **increase capacity outside government to generate and access knowledge and alternative evidence and policy positions**

New information technology will also increase the capability of non-government sectors to generate health information, thereby enhancing citizen access to alternative evidence. We can expect individuals and interest groups to increasingly challenge government policy.

Canadians are also concerned about health inequities, access to health and health care, and the balance between individual and societal rights and values. An aging population, increased life expectancies, and developments such as the manipulation of genes, research using embryonic materials, and biotechnology in general will add to these challenges.

Health Canada needs to
- **be more responsive, cohesive, integrative**
- **measure our performance and apply our efforts to areas of greatest impact**
- **strengthen our policy, consultative and outreach capacity**

The ability to measure (and make public) the results of our work to ensure that resources are applied where our impact is greatest will be critical in this environment. We must be aligned to bring a more cohesive, integrative culture and

the required skill sets to quickly make effective and coordinated decisions. We will also need to improve our ability to consult, listen, persuade, and reframe issues so that the results of our work better meet citizens' expectations and needs. This will require a strengthened outreach capacity to inform, educate and involve the public – and to get feedback on how we are doing.

Increasing Need for Partnership, Collaboration and Horizontality

Governments are learning that they can better serve the needs of citizens by moving away from centralized decision-making and hierarchical control toward a decentralized and interactive approach that emphasizes cooperation, horizontal linkages and a focus on collective results. They increasingly work through partnerships and reciprocal obligations with a multiplicity of stakeholders. In Canada, at the federal, provincial and territorial levels, our governments are guided in their relationships by the Social Union Framework Agreement.

Health is a shared responsibility. No single organization can hope to possess all the requisite capacity or knowledge to address health issues. Improved health outcomes requires collaboration, horizontal linkages and collective results.

Cooperation and collaboration pay particular benefits in the health sector.

Health is more than the absence of illness or injury. It is affected by a wide range of factors such as education, income, lifestyle and biological endowment. No single organization or jurisdiction can hope to possess all the capacity and knowledge needed to address health issues. A broad-based and comprehensive approach is needed to ensure that decision-makers, especially health practitioners and individuals, have timely access to sound information and knowledge.

Consequently, partnership and collaboration between Health Canada and other federal departments, other levels of government, regional health boards, non-government organizations, and other sectors and disciplines nationally and internationally, are essential.

Our organization must be tailored to maximize our potential in this area. Of particular importance are Health Canada's regional operations, which are in daily contact with our stakeholders.

We need to align ourselves to maximize opportunities for collaboration internally and externally, and to create critical mass in expertise.

Internally, our people need to think, link and work together better across the organization, across disciplines and across regions. We need to concentrate resources on priorities and be able to adjust quickly when priorities change.

Organizationally, Departmental programs that address similar health issues should be brought together for greater flexibility, efficiency, impact and accountability. This will not only strengthen the Department internally but also support stronger synergy between Health Canada and the many external health groups with whom we work.

SUCCESS IS...

Our objective for the realignment is to build an organization that is:

- aligned to work effectively with our external collaborators and partners as well as internally with each other;
- continuously improving service to the people of Canada;
- focused on ensuring that we are devoting our resources to areas where we can make the biggest difference to the health of Canadians; and
- innovative, continuously learning, flexible, accountable, and performance and results driven.

Aligned for stronger collaboration externally and internally, through:
- **stronger teamwork culture**
- **improved program coherence, appropriate critical mass, expertise, resources**

Our goals and our indicators of success are:

- Working together
  - a stronger teamwork culture that facilitates information sharing, joint continuous learning, integrated planning and program delivery, and avoidance of artificial boundaries;

- better coherence of our programs and activities, ensuring program components have the critical mass and spectrum of disciplines they require;

- better coherence and integration of Health Canada programs and activities with those of provinces, territories, other government departments, and other collaborators;

- increased opportunity to demonstrate our commitment to the spirit of the Social Union Framework Agreement in our dealings with the provinces and territories;

- Improving service

  - increased ability to focus effort and resources on areas in which the Department is most effective;

  - enhanced capacity to address health risks before they arise, or to respond quickly if necessary;

  - increased integration and cohesiveness in our relationships with the provinces and territories, and with other partners and stakeholders;

Better service through improved
- **focus on areas of greatest effectiveness**
- **proactiveness, responsiveness, excellence, transparency**
- **integration, cohesiveness**
- **departmental profile**
- **health outcomes and objective, excellent science and evidence**

  - clearer and increased Health Canada profile– Canadians know what services they receive from us as distinct from others;

  - strengthened Departmental responsiveness and transparency in decision-making and service delivery;

  - improved objectivity and excellence in science and evidence in support of the Department's work; and

  - improved health and safety for Canadians.

- Improving management

  - organizational structures and mandates that are based on health outcomes and supported by appropriate accountability and performance frameworks;

  - reasonable organizational size and span of control so that important policy, program and other management issues receive sustained management attention;

  - clearer accountabilities and reporting relationships;

  - increased simplicity and cost-effectiveness; and

  - enhanced working environment and increased management support for our employees, to make Health Canada a preferred place of employment.

Better management through
- **focus on outcomes**
- **reasonable size and span of control**
- **clear accountabilities, relationships**
- **simplicity, cost effectiveness**
- **enhanced work environment**

OUR RESPONSE TO DATE

We have already made some progress in responding to the challenges in our environment. For example:

- through Program Review, we internally reallocated resources to strengthen our surveillance, monitoring and disease prevention and control capacity to address public health blind spots;

- in health promotion, we adopted an approach that focuses on populations (as opposed to individuals), shared responsibility for health, and the root causes of health;

Health Canada has made some progress in responding to its challenges:
- **strengthened surveillance**
- **population health approach**
- **Health Transition Fund**
- **Health Protection Transition**
- **Tobacco program consolidation**
- **departmental policy focus for health care, horizontal coordination and ethics**
- **strengthened First Nations and Inuit Health Program**
- **CIHR creation**
- **health infostructure**
- **IACB creation**
- **OCAPI creation**

- we implemented the Health Transition Fund, which supports pilot projects designed to develop innovative methods for the delivery of health care;
- through Health Protection Transition, we consulted stakeholders and the Science Advisory Board on our health protection science platform, surveillance, legislation, and program delivery;
- we consolidated the Department's Tobacco Program in one organization, enhancing its flexibility so it could better achieve program results;
- we established new departmental policy functions for health care, for horizontal coordination and for ethics to improve Health Canada's capacity and policy coherence in these areas; and
- we implemented new or expanded initiatives in the First Nations and Inuit Health Program.

As well, the Department is collaborating with the Medical Research Council to establish the Canadian Institutes of Health Research (CIHR). The CIHR will transform health research funding by linking projects and programs more directly to the health needs of Canadians.

The Department has also made important headway in harnessing the power of information technology to:

- facilitate the collection of comparable and compatible data across Canada, so that governments and health care providers can share best practices and assess the effectiveness of different approaches;
- make Canada's health system more open and accountable to Canadians;
- provide Canadians with the facts they need to make informed health decisions; and
- test new applications, such as telehealth and telehomecare, to improve health care delivery and access to health information, particularly for the one-third of Canadians who live in rural and remote areas.

Our new Information, Analysis and Connectivity Branch (IAC) leads our work in this area. Through IAC, Health Canada is better able to provide sound and timely information and make decisions based on evidence. IAC also plays a leading role in our accountability and performance measurement and management efforts.

The Department also recently created the Office of Consumer Affairs and Public Involvement (OCAPI) to keep citizens informed, engage them in health issues of interest to them, and address their concerns in a timely way.

MOVING TO THE NEXT LEVEL OF PERFORMANCE

The steps taken to date have made Health Canada more effective and efficient in fulfilling its mission. However, we have much more to do, particularly in the health protection and the population and public health areas and in horizontal management.

... We have, however, much more to do.

Health protection

The Health Protection Program is immensely complex. It spans the spectrum of health risks, from therapeutic products, to food safety, to environmental safety (from toxins and radiation), to product safety, and to disease risks – nationally and internationally. All of the departmental capacity to deal with this immense range of risks is concentrated within just one branch of the Department.

The Health Protection Program is too complex and its responsibilities too diverse to be managed effectively in a single branch.

Within this large branch, responsibilities of organizational units have evolved and new ones have been added over time with little significant change to the branch's structure. As a result, we are not aligned to best bring management attention and resources to bear on major program issues. Scientific capacity is fragmented across program units. Infrastructure is duplicated. Programs are inordinately difficult to manage and coordinate for maximum impact. Concentrating resources on health priorities is difficult.

In many other jurisdictions, several distinct organizations manage the health components found in our Health Protection Branch (e.g., in the United States: Centers for Disease Control, Food and Drug Administration, Environmental Protection Agency, National Institutes of Health). These organizations are able to concentrate their efforts on a narrower band of responsibilities, establish needed science infrastructure and provide adequate senior management attention to all components of their programs. This is not possible here when we are managing, within one branch, so many major programs. The result is a less than optimal ability to provide the services required by the 12 pieces of legislation under which the branch functions.

A realigned health protection program with increased science capacity, better focused programs, increased management attention and clearer accountabilities is the logical next step in moving Health Canada to more effectively protect the safety of the public.

Population health and public health

We need greater integration and cohesion among health promotion, community action, health surveillance and disease prevention and control.

One of the weaknesses of the Department's approach to population health and public health has been the separation of health promotion and community action from health surveillance and disease prevention and control. Program areas that should be working together to achieve mutual objectives are often organizationally far apart, operating in isolation or in an uncoordinated fashion.

Canada's federal, provincial and territorial deputy ministers of health have identified the strengthening of population and public health as one of their priorities for action. They have noted the need for greater linkages between disease prevention and control and health promotion strategies.

Health Canada's 1999 Program Impact Assessment Project also recognized the need for increased coordination between the two program areas, with common tools, analytical processes and priority-setting frameworks that would contribute to the achievement of shared goals.

Management challenges

We need to better align ourselves and develop more cohesive and broad-based approaches to strengthen collaboration and collaborative opportunities with others, particularly the provinces and territories. We also need to strengthen horizontal linkages and coordination within the Department.

Because of the increasing importance of partnerships with a multiplicity of collaborators, we need to develop cohesive, coherent, consistent and horizontal approaches that transcend organizational boundaries. This is essential to strengthening our linkages with other federal departments in contributing to government priorities. They are also crucial in improving our work with the provinces and territories.

Our regional directors general and regional offices will play a much more active role in horizontal management. We need to better harness our capabilities in the regions so we can more clearly focus on and support areas where Health Canada is most effective.

We have grown ... but unevenly across the Department. This has added to the stress and strains on the current structure.

Furthermore, Health Canada has grown in responsibilities and size. The 1999 federal budget, for example, invested $840 million in the Department over four years (1998-99 to 2001-02). This year's budget added another $398 million[2] (1999-2000 to 2002-03). These investments are spread unevenly across the Department. As a result, they have added to our organizational and management challenges as organizations that were initially established in a different era strive to meet new demands and new ways of working.

We need to further rejuvenate and strengthen, with special attention to the health protection and health promotion programs, and our regional operations.

As a result of further work in Health Protection Transition, the increased focus on population health, our policy and operational discussions related to Budget 1999 and Budget 2000 initiatives, and the Program Impact Assessment initiative, Health Canada is ready to build on the steps we have already taken to further rejuvenate and strengthen the Department.

While the entire Department will be affected, the primary focus will be on our health protection and health promotion programs, and on how we align our regional operations to better deliver programs across Canada.

REALIGNMENT[3]

Our realignment initiatives can be grouped into two categories: those directed toward improving horizontal management within and outside the Department, and those that will strengthen our organization in delivering on our mandate. These measures are described below.

---

2 Includes $46 million for biotechnology.

3 The realignment described in this paper is subject to the approval of Treasury Board Ministers. Health Canada will seek the appropriate authorities after taking realignment discussions/comments into account.

Improving Horizontal Management

a) Strengthening DEC Sub-Committees

A strengthened DEC sub-committee structure is critical to better managing cross-branch planning, cross-cutting issues and departmental decision-making.

Greater coordination and sharing of knowledge across branches and between branches and regions are critical to improving the way we work. Many departmental issues cross branches and/or regions and require expert leadership, horizontal policy coordination and strategic decision-making in a team environment at the senior management level. This will be achieved through a strengthened system of sub-committees of the Department Executive Committee (DEC)[4].

Sub-committee work will be based on teamwork across the Department and focused on achieving collective results and priorities. DEC will assign primary accountability for each issue to a lead-Assistant Deputy Minister (ADM) or Regional Director General (RDG). The management structure and process for each sub-committee will be spelled out in the group's terms of reference, and the sub-committee's work will be integrated with the Department's strategic, policy and operational planning processes.

DEC sub-committees already exist in the following areas: policy and analysis, communications, finance, human resources, assets management, and information management / information technology. This realignment establishes two new sub-committees to address risk management and regulatory affairs, which cut across all functional areas[5].

The Department will also need other linkages across branches – such as expert committees and working relationships between areas that share common objectives.

---

[4] This will be supplemented by formal and informal committees or by agreements between branches and/or regions on issues outside the purview of DEC sub-committees, such as the sharing of special expertise and functions that are best consolidated in one branch or region.

[5] The DEC Sub-Committee on Risk Management ensures that the Deputy Minister (DM) and, if appropriate, the Minister receive timely information and advice on emerging issues that require a risk management response. The risk management function is critical in our health protection role and needs to be managed across all branches.

Given its exceptional importance, primary responsibility for the risk management function must rest with one ADM. This ADM will have delegated authority from and clear accountability to the DM for the management of this function. All other ADMs and the Regional Directors General will be held accountable by the DM for cooperation with the lead-ADM and for managing their branch or regional responsibility for this function.

b) Working Better Across Government

Health Canada also needs to collaborate more closely with other federal departments to strengthen horizontal management across the federal government. The November 1999 restructuring of the Policy and Consultation Branch created a departmental function to manage and coordinate these efforts. This realignment will help the Department bring a more streamlined and coherent approach when working with other departments.

c) Strengthening the Regional and RDG Roles

Health Canada does its work through international, national, regional and local networks. Regional offices are strategic focal points for Health Canada to link with regional and local networks, including provincial and territorial governments, Federal Regional Councils, non-governmental organizations, the private sector and the Canadian public. Regional functions include tailoring departmental programs to suit local conditions; providing regional intelligence on trends, issues and stakeholder perspectives; and, in general, providing local Health Canada leadership in support of the Department's mandate.

Regional program delivery involves public education, information dissemination, communications, community capacity building, research and knowledge development, policy analysis and development, intersectoral collaboration, federal-provincial-territorial relations, and forging new relationships and new approaches to local collaboration.

RDGs are and will continue to be the Department's senior representatives in the regions. They liaise with senior officials at all levels of government and in other sectors on a day-to-day basis.

RDGs will become the Department's focal point in their region. They will be responsible for ensuring departmental coherence – for ensuring, in their region, horizontal coordination and cohesion among departmental programs and with provinces, territories, other external partners and collaborators, and the public – such that the Department comes across as one entity. They will be responsible for developing regional business plans, which will include all Departmental programs delivered in their region. They will also be responsible for managing strategic human resources matters in their regions, such as regional human resources plans. Universal

Classification System, employment equity, official languages and follow-up on the public service employee survey. In addition, they will be responsible for managing strategic or horizontal files in their regions, such as information management, "corporate" services, and programmatic issues[6] that cut across branches.

The enhanced role of the RDG will be set out through a departmental management protocol and through performance agreements among the Deputy Ministers, RDGs, program or functional ADMs and, as appropriate, regional directors (RDs).[7]

ADMs and RDGs will be accountable for ensuring that the teamwork culture to sustain the strengthened internal and external relationships is developed and maintained.

Strengthening Our Branches and Regional Operations

Currently, Health Canada is organized into six branches, four regions and two agencies. We will realign into seven branches, six regions and two agencies. A description of the broad thrust of the realignment follows.

Current Organization Structure

6 Examples: Sections 41 and 42 of the *Official Languages Act* and sustainable development.

7 The Senior Assistant Deputy Minister, CSB, has the responsibility for managing this process. The term "regional director" is used to refer to an employee who has that as his or her job title or who is the most senior person responsible for managing the delivery of a specific program or service in their region.

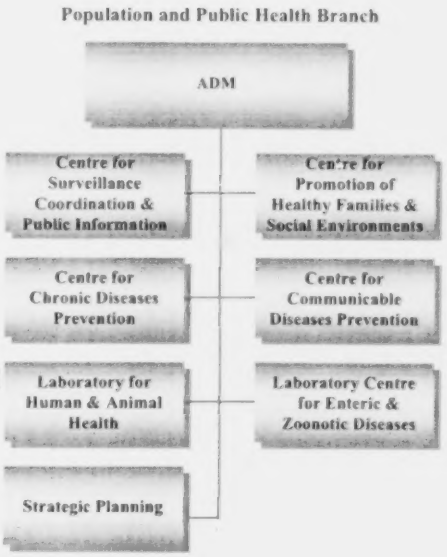
Population and Public Health Branch (PPH)

This branch will be primarily responsible for maintaining systems for and carrying out surveillance and health interventions to promote health and reduce risk factors or change individual or group behaviour so as to avoid or mitigate injury, illness or disease. It consolidates most elements of the current Health Promotion and Programs Branch (HPPB)[8] with Health Protection Branch's Laboratory Centre for Disease Control and Laboratory Centre for Enteric and Zoonotic Diseases (formerly the Health of Animals Laboratory).

The integration of the Department's responsibility for the promotion of the health of the population with our work related to national disease surveillance, risk assessment, and disease control will lead to a closer relationship among evidence, outcomes and health interventions. It will also lead to more effective programming and improved service to the Canadian public. Integration will strengthen the synergy within Health Canada and between Health Canada and our many external partners, such as other departments, the provinces and territories, voluntary organizations, universities and regional health units.

[8] The major exceptions are: tobacco, injury, safe physical environment and workplace health (all to Environmental and Product Safety); nutrition (to Health Products and Food); the media and communications elements of partnerships and marketing, and health services (to Health Policy and Communications).

Major program subdivisions in the Population and Public Health Branch will be:


Population and Public Health Branch
ADM
Centre for Surveillance Coordination & Public Information
Centre for Promotion of Healthy Families & Social Environments
Centre for Chronic Diseases Prevention
Centre for Communicable Diseases Prevention
Laboratory for Human & Animal Health
Laboratory Centre for Enteric & Zoonotic Diseases
Strategic Planning

- Centre for Surveillance Coordination and Public Information – to include surveillance methodologies and systems, data collection and warehousing, risk and intervention assessment, outreach coordination (e.g., National Health Surveillance Network), field epidemiology, departmental mobilization and outbreak coordination, global response and emergency services;
- Centre for the Promotion of Healthy Families and Social Environments – to include prenatal and perinatal health, healthy child development, healthy families (including family violence), healthy aging, healthy communities, rural health, healthy lifestyles, and Canadian Health Network;
- Centre for Chronic Diseases Prevention – to include mental health and neural diseases, addiction, cardiovascular and respiratory diseases, cancer and cell disorders, muscular and skeletal diseases, and metabolism diseases (e.g., diabetes);
- Centre for Communicable Diseases Prevention – to include HIV/AIDS, hepatitis, viral diseases, bacterial diseases, fungal and parasitic diseases;
- the national microbiology laboratory (Laboratory for Human and Animal Health, in Winnipeg) and National Centres[9];
- Laboratory Centre for Enteric and Zoonotic Diseases (in Guelph); and
- branch strategic planning.

Health promotion programs delivered in the regions are currently managed by the program branch, through a regional director who reports directly to the ADM/HPPB. The programs, however, work closely with local community groups and provincial and territorial governments. To increase their effectiveness and the Department's local profile in prevention and health promotion, these programs will be placed under the management of the RDGs.

[9] The National Centres are partnerships with the provinces.

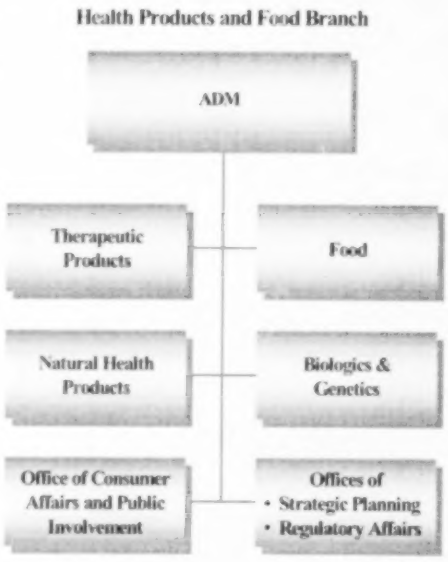
Health Canada is currently linked into provincial health care and disease surveillance systems through our Laboratory Centre for Disease Control's field epidemiology program and public health network. Although public health surveillance and public health activities are normally conducted at the local level, the results become more meaningful when they are brought together and shared through networks, nationally and internationally.

While public health surveillance and public health activities will continue to be managed by the program ADM, RDGs must be connected to this work to ensure regional requirements are met and to enhance regional input and collaboration. Therefore, a new regional public health coordination function reporting directly to the RDG will work closely with the Department's public health areas. To strengthen the linkage to regions, the ADM/PPH will designate a coordinator at the branch or directorate level for regional operations coordination.

Health Products and Food Branch (HPF)

This new branch's mandate will be:

- to promote good nutrition and informed use of drugs, food and natural health products, and
- to maximize the safety and efficacy of drugs, food, natural health products, medical devices, biologics and related biotechnology products in the Canadian marketplace and health system.



The branch will consolidate program elements that address health determinants and risks associated with products that are ingested or put into the human body. It will consist mainly of components of the current Food, Office of Natural Health Products and Therapeutic Products programs in the Health Protection Branch (HPB), and the nutrition program in HPPB.

Major program subdivisions of the branch will be:

- therapeutic products (medical devices and drugs);
- food, including all Health Canada nutrition activities;

- natural health products;
- biologics and genetics (blood and blood products, viral and bacterial vaccines, genetic therapies and diagnostics, tissues, organs, xenotransplants, radiopharmaceuticals, reproductive technologies, Blood Secretariat);
- Office of Consumer Affairs and Public Involvement (OCAPI)[10];
- branch strategic planning; and
- branch regulatory policy.

This branch's regulatory responsibilities will be supported by inspection and laboratory operations in the regions, which are currently managed by the program branch.

National focus, coordination and the application of common standards or practices are critical to achieving our desired health objectives for these programs. Consequently, this branch's regional operations will continue to be managed directly by the program branch. They will, however, work closely with RDGs to strengthen local communications and to enhance linkages with other Health Canada activities in the region and with local communities, provincial governments and other stakeholders.

Environmental and Product Safety Branch (EPS)

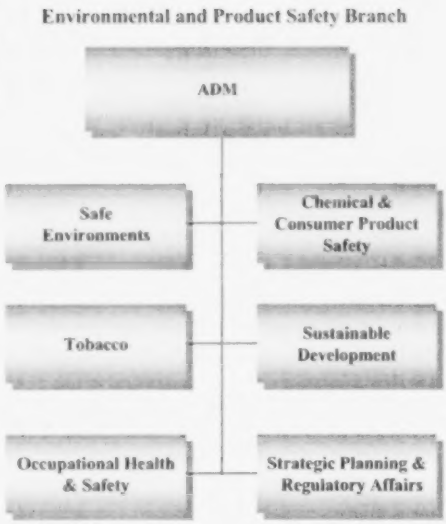
This new branch will promote safe living, working and recreational environments, and maximize the safety and efficacy of producer and consumer products in the Canadian marketplace. It consolidates those program elements that address health determinants and risks associated with products and threats that act on (normally externally or implanted) the human body. It will consist mainly of HPB's Environmental Health program, and HPPB's tobacco, injury, safe physical environment, and workplace health elements.

Also included in this branch will be the Occupational Health and Safety Agency (OHSA), which provides occupational health and safety services for government organizations (federal, provincial and municipal), quarantine services to protect the health of the Canadians public, public health inspection service on common carriers (including international cruise vessels) and in federal parks, and Very Important Person (VIP) health services. OHSA currently reports to the ADM, Medical Services Branch (MSB).

[10] This Office was created to better engage citizens in the Department's health protection responsibilities, particularly in the therapeutic and natural health products and food programs. It could eventually be called upon to play a broader department-wide role, at which time its organizational location might need to be re-examined.

Major program subdivisions of this branch will be:

- safe environments (including man-made and natural radioactive products and radioactivity, safe physical environments and workplace health);
- chemical and consumer product safety (including cosmetics), and injury;
- tobacco;
- sustainable development;
- Occupational Health and Safety Agency; and
- branch regulatory policy and strategic planning.



Currently, elements of this branch directly deliver and manage bioregional, product safety and tobacco programs in the regions. These programs tend to require collaboration with provinces, territories, other federal departments (particularly Environment Canada) and other stakeholders at the regional level. They also conduct significant outreach activities in such areas as product safety and injury prevention.

Regional delivery of these programs and activities will be enhanced by placing them under RDG management. To improve Health Canada's effectiveness, particularly in the bioregional programs, the regions will need a strengthened scientific capacity. The branch and RDGs will determine jointly how best to achieve this.

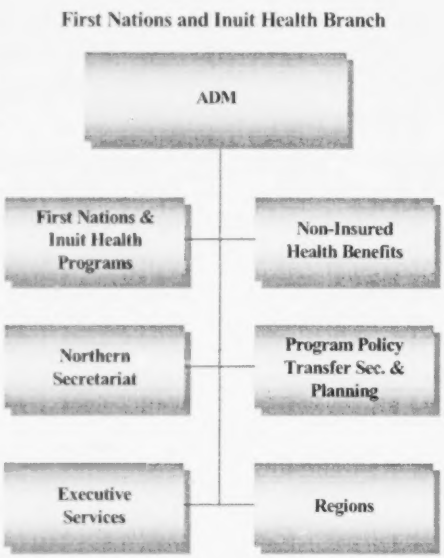
The Occupational Health and Safety Agency maintains a network of occupational health and safety specialists across Canada. The status of the Agency is currently under review with Treasury Board Secretariat. Pending the outcome of this review, its regional operations will continue to be managed by the Chief Executive Officer, but the Agency's RDs will work closely with RDGs and with Regional Federal Councils through the RDG.

Office of the Chief Scientist

Health Canada is creating this Office to bring greater leadership, coherence and expertise to the overall strategic direction of the Department's scientific responsibilities, activities and needs. The Chief Scientist will report directly to the Deputy Minister.

First Nations and Inuit Health Branch (FNIH)

The Medical Services Branch (MSB) works with a unique clientele that has special needs and relationships with government. The nature of the work, however, is shifting from a focus on health service delivery to devolution, First Nations and Inuit health surveillance, program coordination, and population health. The branch is also increasingly supporting First Nations and Inuit communities and organizations to develop, plan, deliver and evaluate health programs and to expand health capacity in communities.



Consequently, to better identify the mandate of the branch to Canadians, its name will change to First Nations and Inuit Health Branch.

Program elements that are not directed at First Nations and Inuit people will be transferred to other branches. Emergency Response will be transferred to the Population and Public Health Branch, and the Occupational Health and Safety Agency, to the Environmental and Product Safety Branch.

These changes will better focus the work of the branch. They will not, however, affect First Nations and Inuit Health funding or other resources.

Currently, First Nations and Inuit Health regional operations are managed through regional directors by the ADM/MSB. Because of the special relationship between the branch and the communities it serves, and because of the need to stabilize program funding and ensure that crucial health care needs are not disrupted, regional delivery of First Nations and Inuit Health programs will continue to be managed by the program ADM. However, the RDGs will be mandated to enhance these programs' linkage with provincial and territorial governments as well as with related Health Canada regional programs, in close cooperation with the RD. The RDGs and the ADM/FNIH will develop a framework to manage this relationship.

Health Policy and Communications Branch (HPC)

This branch will be renamed from Policy and Consultation Branch (PCB) to Health Policy and Communications Branch to emphasize its role as the departmental lead in health policy, communications and consultations.

The health policy and planning components of this branch were reorganized in November 1999. The branch is still, however, a "work in progress", and further refinements might be necessary.

A major change was the creation, for the first time, of a Departmental functional policy area to address health care. Other health care related areas in the Department that are not currently in the Health Care Directorate – such as the Health Systems Division in HPPB – will move to the new Directorate.

The Communications and Consultation Directorate was not affected by the November PCB realignment. The Program Impact Assessment initiative demonstrated strong links between communications and social marketing. Consequently, the media and communications elements of HPPB's Partnerships and Marketing unit will move to PCB's Communications and Consultation Directorate.

Health Canada's communications offices in the regions currently report to the Director General, Communications and Consultation Directorate. This arrangement helps ensure national consistency in the Department's messages. However, as the Department's voice and face in the regions, these offices would benefit from increased linkage with other regional programs and activities.

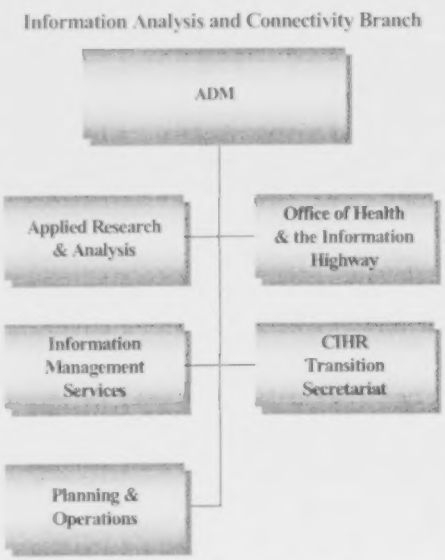
The regional communications and consultation units will, therefore, be transferred to RDG management. As with all other regional operations, the RDG, the DG/Communications and Consultation Directorate, and the ADM/HPC, will develop working arrangements to ensure the Department can best balance the regional and national perspectives in our communications and consultation activities.

Leadership for the policy and strategic planning functions rests with the ADM/HPC. In the regions, RDG offices conduct some policy and intelligence analysis activities to enhance Health Canada's effectiveness. These include:

- assessments of the impact of Health Canada policies, programs and legislation on provinces and territories; and
- analysis of provincial and territorial developments and trends as they relate to health policy, legislation, and fiscal and program issues, and their impact on Health Canada.

Health Canada's effectiveness will be enhanced by a stronger regional capacity in these areas. RDGs and the ADM/HPC will determine how this will be accomplished. Our regional policy and planning resources could also work with provinces and territories to share health knowledge and information.

Information, Analysis and Connectivity Branch (IAC)



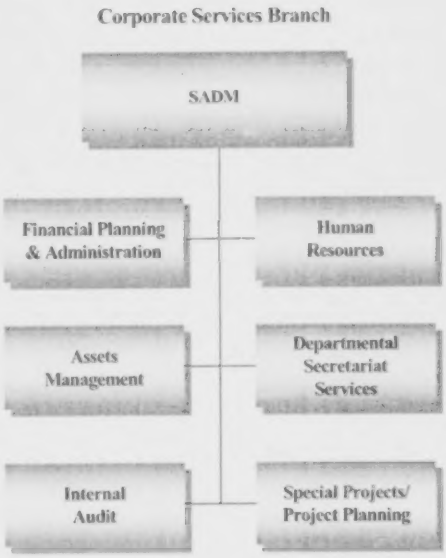
This new branch was created in 1998 to strengthen Health Canada's applied research and analysis, information, knowledge management and info-structure functions. This area may undergo refinements as its development progresses.

IAC currently provides information management and information technology (IM/IT) services to regional operations. National standards, policies and connectivity for these services are the responsibility of the ADM/IAC. Management of regional IM services will be transferred to RDGs. Management of the regional IT function will be reassessed once IAC and RDGs have evaluated the implications of decentralization and decided on elements that should be managed locally and by the functional directorate. This is expected to take about six months.

The ADM/IAC has functional responsibility for the analytical work that must underpin Departmental policy development. As with policy and strategic planning, RDG offices now have some capacity in policy analysis. With their increased responsibilities for Departmental coherence and coordination, these offices will need to strengthen their analytical capacity. RDGs and the ADM/IAC will determine the manner in which this is to be achieved.

Corporate Services Branch (CSB)

CSB provides financial planning and administration, human resources planning and operations, assets management, occupational health and safety, security operations, and Ministerial and Deputy Ministerial correspondence services to the Department. Only the branch's regional operations will change under this realignment.



The current reporting relationships for corporate services in the regions are fragmented. Finance, administration, and human resources services are under the RDG. Facilities management is under the functional directorate in CSB.

On the effective date of this realignment, all CSB services delivered in the regions will be managed by the RDG to facilitate faster decision-making in these areas and to bring a higher level of team work across the functions in the regions. Here also, the balance between regional and national coherence needs to be maintained through accountability frameworks between RDGs and the Senior ADM.

Pest Management Regulatory Agency (PMRA)

PMRA is responsible for protecting human health and the environment by minimizing the risks associated with pest control products. It is an agency within Health Canada that reports to the Deputy Minister.

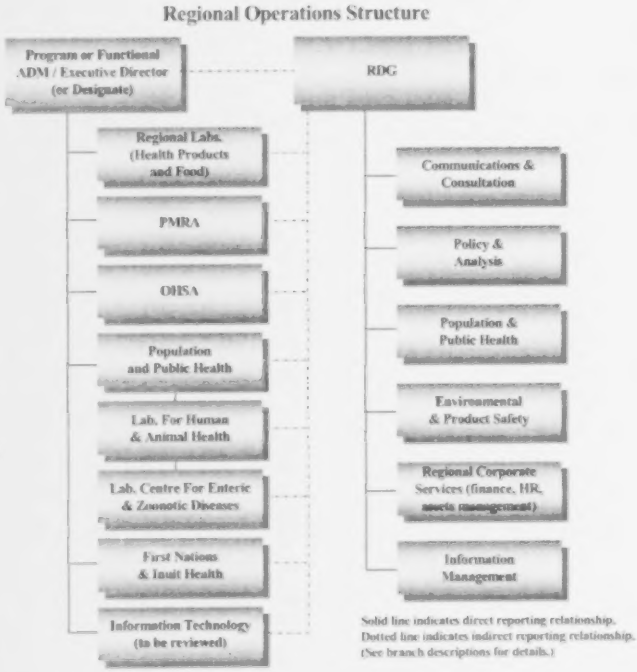
No change in PMRA's structure is proposed but its health activities need to be strongly linked to those of other branches. Of particular importance are: PPH in surveillance activities that monitor disease trends to provide a signal of potential health effects from pesticide exposure, HPF in monitoring the impact of pesticide use on the quality of the Canadian food supply, and EPS in the regulation of pesticides that are no longer registered but find their way into the environment as contaminants.

PMRA also needs to maintain close collaboration with external organizations, particularly Environment Canada, Agriculture and Agri-Food Canada, and the Canadian Food Inspection Agency (CFIA) in environmental and pesticide research and monitoring, including sustainable pest management.

PMRA regional operations consist of staff located in CFIA offices in six cities across Canada. They are responsible for compliance and inspection under the *Pest Control Products Act*.[11] As is the case for the regulatory activities of HPF, PMRA's regional operations will continue to report to the Executive Director (or her designate) but will work closely with the RDG to strengthen local communications and enhance linkages with other Health Canada activities in the region.

Regional Directors General

Because of the expanded mandate of regional operations and the geographical expanse and diversity of social, political and economic conditions that influence program delivery across Canada, regional operations will be strengthened and some will be reshaped geographically to implement this organizational realignment. An important change will be the creation of six Regions in place of the current four. They will be BC and the Yukon, Alberta and NWT, Saskatchewan and Manitoba, Ontario and Nunavut, Quebec, and Atlantic Canada[12].


Regional Operations Structure
Program or Functional ADM / Executive Director (or Designate)
RDG
Regional Labs. (Health Products and Food)
PMRA
OHSA
Population and Public Health
Lab. For Human & Animal Health
Lab. Centre For Enteric & Zoonotic Diseases
First Nations & Inuit Health
Information Technology (to be reviewed)
Communications & Consultation
Policy & Analysis
Population & Public Health
Environmental & Product Safety
Regional Corporate Services (finance, HR, assets management)
Information Management
Solid line indicates direct reporting relationship.
Dotted line indicates indirect reporting relationship.
(See branch descriptions for details.)

As noted in this section, the RDG role will expand not only in terms of horizontal management responsibilities but also in terms of program delivery. The chart to the right summarizes these changes.

---

[11] Inspections are conducted by CFIA staff working in collaboration with PMRA's regional officers.

[12] Our approach to working with the territories will be guided by how these jurisdictions want to work with Health Canada. An alternative to the option proposed above would be the creation of a "Northern Secretariat" that functions as the window on Health Canada for the territories. The Secretariat could be located in Edmonton, Toronto, or Ottawa.

OUR PEOPLE

Health Canada's senior management have thought through the changes outlined above and devoted considerable time to the human resources implications. We have established a set of principles that will guide us in addressing human resources issues:

HR management principles:
- **no lay-offs**
- **open, transparent**
- **time and help to acquire new skills, knowledge**
- **employees kept informed**

- Job security, status and tenure
  - there will be no involuntary layoffs of indeterminate employees as a result of this realignment;
  - operational needs will continue to determine term employment requirements;
  - positions will be transferred with incumbents to the new organization;
  - employees will receive the time and training to acquire any needed new skills and knowledge.
- Openness
  - employees and bargaining agents will be actively engaged so that the Department can benefit from their understanding and contribution to realignment;
  - regular communication in a variety of fora will be the norm;
  - employees who are on leave of absence or assignment to another organization will be informed of the realignment by their home manager.
- Classification of work
  - after the realignment, positions for which the work requirements have changed will be reviewed to determine whether reclassification action is required;
  - where classification evaluation results in upgrading of the level of the position, the normal staffing procedures for upgrades will apply;

- where classification results in the upgrading or downgrading of an encumbered position, the established human resource policies and procedures will apply.

- Staffing

  - new positions created as a result of realignment will be subject to the normal staffing processes.

INVITATION

The foregoing outlines the strategic direction for a realignment of Health Canada. We have laid out the major program elements that will form the branches and the regional structure that will support the Department's program delivery across Canada.

Our ADMs and RDGs still have work to do to complete the final elements of the realignment.

We would appreciate your comments and help in:

- identifying approaches and additional steps we should consider to further strengthen our ability to face our challenges as an organization;

- identifying issues that we should consider further as we move forward with this realignment; and

- how the activities and functions that are outlined for each directorate can be best organized.

How to get in touch with us:

- **Website:** **www.hc-sc.gc.ca**
- **e-mail:** **DM-Health_SM-Sante @hc-sc.gc.ca**
- **fax:** **(613) 952-9660**
- **mail:** **Realignment**
  Health Canada
  Brooke Claxton Building
  Address locator 0907D
  Ottawa, Ontario
  K1A 0K9

We invite you to forward your comments by mail, e-mail or fax between now and the end of May 2000 to the addresses/locations shown in the box to the right.

We will also be organizing discussion sessions with employees. Further information will be made available as they are set up.

We will review all input, report back to employees, and seek the necessary authorities. The goal is to implement this realignment around July 1, 2000. Until the official realignment announcement, all organizations will operate as at present.

Santé Canada Health Canada

REMANIEMENT DE SANTÉ CANADA POUR MIEUX SERVIR LA POPULATION CANADIENNE

17 avril 2000

Canada

Table des matières

INTRODUCTION **1**

NOS DÉFIS **2**
Évolution des connaissances et de la technologie en matière de santé 3
Évolution des attentes du public 4
Besoin accru de partenariat, de collaboration et d'horizontalité 5

QU'EST-CE QUE LE SUCCÈS... ..... **6**

NOS RÉALISATIONS JUSQU'À MAINTENANT **8**

VERS LE PROCHAIN NIVEAU DE RENDEMENT **10**
Protection de la santé 11
Santé de la population et santé publique 12
Défis de la direction 12

REMANIEMENT **13**
Amélioration de la gestion horizontale 14
Renforcer les activités de nos directions générales et de nos régions 16
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP) 18
Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA) 20
Direction générale de la sécurité des milieux et des produits (DGSMP) 21
Bureau de l'expert scientifique en chef 23
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) 23
Direction générale de la politique de la santé et des communications (DGPSC) 24
Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité (DGIAC) 26
Direction générale des services de gestion (DGSG) 27
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) 27
Directeurs généraux régionaux 28

NOTRE PERSONNEL **29**

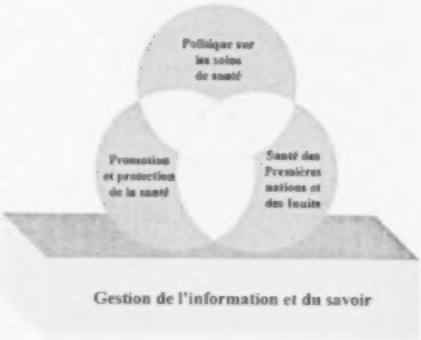
INVITATION **30**

REMANIEMENT DE SANTÉ CANADA POUR MIEUX SERVIR LA POPULATION CANADIENNE

INTRODUCTION

La mission de Santé Canada consiste à aider la population canadienne à conserver et à améliorer sa santé. Notre mandat couvre trois grands secteurs :

- politique et systèmes nationaux en matière de santé – y compris les soins de santé;
- promotion et protection de la santé, y compris la prévention des maladies et des blessures;
- santé des Premières nations et des Inuits.


Politique sur les soins de santé
Promotion et protection de la santé
Santé des Premières nations et des Inuits
Gestion de l'information et du savoir

Ils reposent sur une base solide d'information et de connaissances.

L'objectif ministériel consiste à améliorer les résultats pour la santé.

Santé Canada évolue dans un environnement qui change rapidement et qui est de plus en plus complexe. Nos responsabilités ont augmenté et évolué avec le temps. De plus, les budgets fédéraux de 1999 et de l'an 2000 ont injecté des fonds considérables dans le budget du Ministère.

Toutefois, le Ministère fonctionne encore selon une structure qui a été essentiellement établie et conçue dans les années 1970[1].

Conçue dans les années 70, l'organisation doit se transformer afin de pouvoir faire face aux défis du nouveau millénaire.

[1] Des changements structurels ont été apportés à Santé Canada -- p. ex. la réorganisation du gouvernement en 1993; le transfert du Bureau de la sécurité des produits de l'ancien ministère de la Consommation et des Affaires commerciales en 1994; la création de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire en 1995 à partir d'éléments de quatre ministères différents et la création de la Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité en 1998 afin d'ajouter la capacité de gestion de l'information et du savoir au sein du Ministère. Ces changements n'ont pas modifié de façon significative la structure organisationnelle des directions générales déjà établies.

Nous devons évaluer, moderniser et renforcer notre structure organisationnelle et de gestion pour :

- mieux nous organiser en vue de travailler plus efficacement avec nos collaborateurs et nos partenaires, particulièrement les autres ministères, les provinces et les territoires;
- améliorer le service offert à la population canadienne – y compris la diffusion d'information bien étayée sur la santé en temps opportun;
- renforcer notre capacité de travailler avec cohérence au sein du Ministère afin d'affecter davantage nos ressources dans les secteurs où Santé Canada peut contribuer avec le plus d'efficacité à l'amélioration des résultats en matière de santé;
- renforcer notre capacité d'être innovateur, souple et responsable, de favoriser l'apprentissage continu et d'être axé sur le rendement et les résultats.

Objectifs du remaniement :
- **améliorer le service**
- **être mieux organisé pour collaborer avec des organisations externes et internes**
- **renforcer les organisations**

Le présent document explique les raisons pour lesquelles notre organisation doit être modifiée et nos plans concernant le remaniement de notre structure en vue de faire face aux défis qui nous attendent.

NOS DÉFIS

Les années 1990 ont été difficiles pour divers secteurs, dont celui de la santé, puisque les limites financières ont forcé les organisations à faire plus avec moins. Maintenant que les déficits des gouvernements fédéral et provinciaux sont largement maîtrisés, on ajuste le tir sur le remaniement et vers l'avenir afin de relever les défis du 21^{e} siècle.

Les défis auxquels Santé Canada doit s'attaquer découlent de trois grandes tendances du milieu.

Évolution des connaissances et de la technologie en matière de santé

Au cours de la deuxième moitié du vingtième siècle, nous avons été témoin de progrès sans précédent dans les domaines des connaissances scientifiques et de la technologie. Nous pouvons nous attendre à des innovations encore plus spectaculaires au cours du 21e siècle. Les progrès scientifiques qui se succèdent à un rythme effarant augmenteront grandement nos connaissances sur les risques pour la santé. Des approches d'intervention et des méthodes analytiques innovatrices et la nouvelle technologie médicale permettront de trouver de nouveaux moyens pour contrer ces risques.

L'évolution rapide des connaissances et de la technologie en matière de santé –>

- **nouvelles façons de protéger et d'améliorer la santé**
- **meilleure capacité de produire des preuves et de les utiliser**
- **nouveaux produits, nouveaux risques pour la santé**
- **plus grande portée, diversité et complexité des questions de santé**

Ces développements entraîneront aussi de nouveaux risques pour la santé - venant, entre autres, de nouveaux produits et de l'application de nouvelles technologies.

En raison de ces changements et d'autres similaires, le Ministère devra développer une plus grande capacité d'intervention pour s'attaquer rapidement aux questions émergentes de plus en plus nombreuses sur la santé dont la portée et la complexité sont accrues.

Santé Canada doit augmenter la quantité et la variété de ses ressources scientifiques, les principales compétences des ressources humaines et l'accès au savoir.

Le Ministère devra augmenter ses capacités en science et la diversité des disciplines scientifiques et d'autres domaines dans lesquelles il maintient des ressources. Ces mesures seront nécessaires pour comprendre, évaluer, choisir, intégrer et appliquer adéquatement les outils et les preuves disponibles dans le contexte très complexe des questions actuelles et à venir concernant la santé.

Nous devrons aussi avoir accès à la recherche et aux connaissances de pointe pour assumer nos rôles en ce qui concerne la surveillance, la promotion et la protection de la santé. Nous devrons non seulement nous fier sur nos ressources internes, mais aussi sur notre participation à des réseaux nationaux, régionaux et locaux, sur les Instituts de recherche en santé du Canada et sur leurs équivalents à l'échelle internationale.

Évolution des attentes du public

À l'ère de l'information, le public canadien désire de plus en plus être informé du processus de prise de décision du gouvernement et y participer. Les Canadiens veulent que les décisions gouvernementales soient prises ouvertement, qu'elles soient fondées sur des preuves et qu'elles respectent les valeurs communes de la population canadienne. Ils veulent que le gouvernement soit imputable – qu'il rende compte efficacement, selon les résultats attendus.

Les Canadiens veulent :
- **participer à la prise de décision**
- **un gouvernement ouvert, qui fait preuve de transparence et est redevable**
- **des normes de santé et d'éthique plus élevées**
- **l'équité en matière de santé et de soins de santé et l'accès à ceux-ci**

Les Canadiens veulent aussi participer plus activement aux décisions concernant leur propre santé.

L'évolution de la technologie de l'information augmentera la capacité des organisations d'obtenir et de partager des connaissances relatives à la santé, soit à l'échelle nationale ou internationale. Soumis à d'énormes pressions, les gouvernements devront être plus réceptifs et prendre des décisions rapidement et efficacement.

L'évolution de la technologie de l'information permettra de :
- **augmenter la capacité de générer et de partager des connaissances et la vitesse à laquelle cela sera fait**
- **augmenter la capacité, à l'extérieur du gouvernement, de générer des connaissances, d'autres preuves et d'autres positions de principe, et d'accéder à celles-ci**

La nouvelle technologie de l'information augmentera aussi la capacité des secteurs non gouvernementaux de générer de l'information sur la santé, améliorant ainsi l'accès des citoyens à d'autres éléments probants. Nous pouvons nous attendre à ce que de plus en plus de personnes et de groupes d'intérêt contestent la politique du gouvernement.

Les Canadiens sont également préoccupés par les inégalités en matière de santé, l'accès à la santé et aux soins de santé et l'équilibre entre les droits et les valeurs des individus et de la société. Le vieillissement de la population, l'espérance de vie prolongée et les innovations, telles que la manipulation génétique, la recherche à l'aide de matériel embryonnaire et la biotechnologie dans son ensemble, s'ajouteront

Santé Canada doit
- **être plus réceptif, cohérent et favoriser l'intégration**
- **mesurer notre rendement et appliquer nos efforts aux secteurs où ils auront le plus d'influence**
- **renforcer notre capacité d'élaborer des politiques, de consulter et de sensibiliser**

à ces défis. La capacité de mesurer (et de diffuser publiquement) les résultats de nos travaux pour s'assurer que les ressources sont affectées là où elles ont le plus d'influence sera critique dans ce contexte. Nous devons travailler dans la même voie de manière à ce que nous ayons une culture davantage cohérente et axée sur l'intégration et les capacités requises pour prendre rapidement des décisions efficaces et coordonnées. Nous devrons également améliorer notre capacité de consulter, d'écouter, de persuader et de redéfinir les questions afin que les résultats de nos travaux répondent mieux aux attentes et aux besoins de la population. Pour ce faire, nous devrons renforcer notre capacité d'informer, d'éduquer et de favoriser la participation du public et d'obtenir une rétroaction sur notre rendement.

Besoin accru de partenariat, de collaboration et d'horizontalité

Les gouvernements ont appris qu'ils peuvent mieux combler les besoins de la population en s'éloignant de la prise de décisions centralisée et du contrôle hiérarchique. Ils favorisent plutôt une approche décentralisée et interactive qui met l'accent sur la coopération et l'établissement de réseaux horizontaux et sur les résultats visant la collectivité. Ils travaillent de plus en plus dans le cadre de partenariats et d'obligations réciproques avec une multitude d'intervenants. Au Canada, aux niveaux fédéral, provincial et territorial, les relations de nos gouvernements sont orientées par l'Entente-cadre sur l'union sociale.

La santé est une responsabilité partagée. Aucune organisation ou instance ne peut espérer posséder toutes les ressources et les connaissances requises pour répondre aux questions en matière de santé. L'amélioration des résultats en santé passe par la collaboration, les liens horizontaux et les résultats visant la collectivité.

La coopération et la collaboration sont particulièrement bénéfiques dans le secteur de la santé.

Nous devons nous orienter de façon à maximiser la collaboration interne et externe et à créer une masse critique d'expertise.

La santé, c'est bien plus que l'absence de maladies ou de blessures. Toute une variété de facteurs influent sur la santé, tels que l'éducation, le revenu, le style de vie et l'hérédité. Aucune organisation ou instance ne peut espérer posséder toutes les ressources et les connaissances requises pour répondre aux questions en matière de santé. Il faut adopter une approche globale pour s'assurer que les décideurs, particulièrement les professionnels de la santé et les individus, ont accès à de l'information et à des connaissances solides en temps opportun.

Par conséquent, Santé Canada et les autres ministères fédéraux, les autres paliers de gouvernement, les conseils régionaux de la santé, les organisations non gouvernementales et d'autres secteurs et disciplines, à l'échelle nationale ou internationale, doivent établir des partenariats et travailler en collaboration.

L'organisation doit être conçue de manière à maximiser notre potentiel dans ce domaine. Il faut porter une attention particulière aux opérations régionales de Santé Canada qui communiquent tous les jours avec les intervenants.

À l'interne, notre personnel doit pousser sa réflexion, établir des liens plus solides et travailler davantage en collaboration à l'échelle de l'organisation et des régions ainsi que d'une discipline à l'autre. Nous devons concentrer nos ressources sur les priorités et être capables de nous adapter rapidement lorsque les priorités changent.

À l'échelle de l'organisation, les programmes ministériels qui traitent de questions similaires en matière de santé devraient être mis en commun de manière à ce que le Ministère fasse preuve de plus de souplesse et d'efficacité, ait une plus grande influence et soit plus redevable. Ceci permettra non seulement de renforcer le Ministère, à l'interne, mais aussi de créer une plus grande synergie entre Santé Canada et les nombreux groupes externes du domaine de la santé avec lesquels nous travaillons.

QU'EST-CE QUE LE SUCCÈS...

L'objectif du remaniement consiste à établir une organisation qui :

- est en mesure de travailler efficacement avec nos collaborateurs et nos partenaires externes ainsi qu'avec ceux à l'interne;
- améliore sans cesse les services offerts à la population canadienne;
- s'assure que nous affectons nos ressources dans les secteurs où nous pouvons le plus influer sur la santé des Canadiens;
- est innovatrice, souple et responsable et est axée sur l'acquisition continue du savoir, le rendement et les résultats.

Avoir une meilleure collaboration, interne et externe, par l'entremise :
- **d'une culture davantage axée sur le travail d'équipe**
- **d'une plus grande cohérence des programmes, d'une masse critique, d'une expertise et des ressources appropriées**

Nos objectifs et nos indicateurs de succès sont les suivants :

- Travailler ensemble

  - développer une culture davantage axée sur le travail d'équipe qui favorise le partage de l'information, l'acquisition continue et commune du savoir, l'intégration de la planification et de la prestation des programmes et qui permet d'éviter les limites artificielles;

  - établir une meilleure cohérence entre nos programmes et nos activités, en s'assurant que les composantes des programmes possèdent la masse critique nécessaire et couvrent les disciplines requises;

  - établir une meilleure cohérence et intégration des programmes et des activités de Santé Canada avec ceux des provinces, des territoires, des autres ministères et des autres collaborateurs;

  - démontrer davantage notre engagement envers l'esprit de l'Entente-cadre sur l'union sociale dans le cadre de nos tractations avec les provinces et les territoires;

- Améliorer le service

  - axer davantage nos efforts et nos ressources vers les secteurs dans lesquels le Ministère est le plus efficace;

  - améliorer notre capacité de faire face aux risques pour la santé avant qu'ils ne surviennent ou d'agir rapidement, au besoin;

  - favoriser l'intégration et la cohérence dans nos relations avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec les autres partenaires et intervenants;

  - mettre davantage le profil de Santé Canada en évidence pour que les Canadiens différencient les services que nous leur offrons de ceux offerts par d'autres;

Un meilleur service en
- **ciblant les secteurs où nous sommes le plus efficace**
- **étant plus proactif et réceptif et en visant davantage l'excellence et la transparence**
- **favorisant l'intégration et la cohérence**
- **améliorant le profil ministériel**
- **améliorant les résultats et les objectifs dans le domaine de la santé, l'excellence en science et les preuves**

- renforcer la réceptivité et la transparence du Ministère dans le processus de prise de décision et la prestation des services;

- améliorer l'objectivité et l'excellence en science et les preuves à l'appui du travail du Ministère;

- améliorer la santé et la sécurité des Canadiens.

- Améliorer la gestion

  - établir des structures organisationnelles et des mandats fondés sur les résultats en santé et soutenus par les cadres d'imputabilité et de rendement appropriés;

  - établir des structures de taille acceptable et un éventail de responsabilités raisonnable afin que les questions importantes sur les politiques, les programmes et les autres domaines de gestion reçoivent l'attention nécessaire de la direction;

  - mieux définir les responsabilités et les obligations de rendre compte;

  - favoriser la simplicité et la rentabilité;

  - améliorer le milieu de travail et le soutien de la direction pour nos employés en vue de faire de Santé Canada un lieu de travail privilégié.

Une meilleure gestion en
- **ciblant les résultats**
- **ayant des structures de taille acceptable et un éventail de responsabilités raisonnable**
- **établissant clairement les responsabilités et les relations**
- **visant la simplicité et la rentabilité**
- **améliorant le milieu de travail**

NOS RÉALISATIONS JUSQU'À MAINTENANT

Nous avons déjà fait quelques progrès en ce qui concerne les défis de notre environnement. Par exemple,

- par l'entremise de l'examen des programmes, nous avons réaffecté, à l'interne, des ressources afin de renforcer notre capacité de surveillance, de prévention et de contrôle des maladies en vue de s'attaquer aux lacunes qui ont été constatées relativement à la santé publique;

- pour la promotion de la santé, nous avons adopté une approche axée sur les populations (plutôt que sur les individus), la responsabilité partagée en matière de santé et les causes fondamentales de la santé;

- nous avons établi le Fonds pour l'adaptation des services de santé qui appuie les projets pilotes conçus pour développer des méthodes novatrices en ce qui concerne la prestation des soins de santé;

- par l'entremise de la transition de la Protection de la santé, nous avons consulté les intervenants et le Conseil consultatif des sciences au sujet de notre programme scientifique concernant la protection de la santé ainsi que sur la surveillance, la législation et la prestation du programme dans ce domaine;

- nous avons rassemblé les divers éléments du programme ministériel de lutte contre le tabagisme en une seule organisation, lui conférant ainsi une plus grande souplesse afin de favoriser l'atteinte des objectifs du programme;

Santé Canada a fait certains progrès concernant les défis auxquels il doit faire face :

- **surveillance accrue**
- **approche axée sur la santé de la population**
- **Fonds pour l'adaptation des services de santé**
- **transition de la Protection de la santé**
- **regroupement des programmes de lutte contre le tabagisme**
- **politique ministérielle axée sur les soins de santé, la coordination horizontale et l'éthique**
- **renforcement du programme des Premières nations et des Inuits**
- **création des IRSC**
- **infostructure de la santé**
- **création de la DGIAC**
- **création du BCPP**

- nous avons établi de nouvelles fonctions politiques ministérielles pour les soins de santé, la coordination horizontale et l'éthique en vue d'améliorer la capacité de Santé Canada et la cohérence des politiques dans ces domaines;

- nous avons mis en oeuvre de nouvelles initiatives ou élargi des initiatives existantes dans le cadre du programme des Premières nations et des Inuits.

De plus, le Ministère travaille en collaboration avec le Conseil de recherches médicales en vue d'établir les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Les IRSC transformeront le financement de la recherche en santé en liant plus directement les projets et les programmes aux besoins des Canadiens en matière de santé.

Le Ministère a aussi fait de grands pas vers l'exploitation de la technologie de l'information pour :

- faciliter la cueillette de données comparables et compatibles à l'échelle nationale, afin que les gouvernements et les fournisseurs de soins de santé puissent mieux partager les meilleures pratiques et évaluer l'efficacité de différentes approches;
- rendre le système canadien de santé plus accessible pour les Canadiens et imputable envers eux;
- fournir aux Canadiens les renseignements dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées en ce qui concerne leur santé;
- tester de nouvelles applications, telles que la télésanté et les télésoins à domicile, pour améliorer la prestation des soins de santé et l'accès à l'information sur la santé, particulièrement pour le tiers de la population canadienne qui vit dans les régions rurales et éloignées.

Notre nouvelle Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité (DGIAC) dirige nos travaux dans ce domaine. Grâce à la DGIAC, Santé Canada est plus apte à fournir de l'information bien étayée en temps opportun et à prendre des décisions fondées sur des preuves. La DGIAC assume aussi un rôle prépondérant dans nos efforts d'imputabilité, de mesure du rendement et de gestion.

Le Ministère a récemment créé le Bureau de la consommation et de la participation du public (BCPP) afin d'informer les citoyens, de favoriser leur participation aux débats sur les questions relatives à la santé et de répondre à leurs préoccupations de façon opportune.

VERS LE PROCHAIN NIVEAU DE RENDEMENT

Les démarches entreprises jusqu'à maintenant ont rendu Santé Canada plus efficace en ce qui concerne le respect de son mandat. Toutefois, nous avons encore beaucoup à faire, particulièrement dans les domaines de la protection de la santé, de la santé de la population, de la santé publique et de la gestion horizontale.

... Nous avons, toutefois, encore beaucoup à faire.

Protection de la santé

Le programme de protection de la santé est très complexe. Il couvre, à l'échelle nationale ou internationale, tout le spectre des risques pour la santé : produits thérapeutiques, salubrité des aliments, sécurité environnementale (toxines et radiation), sécurité des produits et risques de maladies. Toutes les ressources ministérielles pour faire face à cette immense variété de risques sont concentrées au sein d'une seule direction générale.

Le programme de protection de la santé est trop complexe et ses responsabilités trop diverses pour être géré efficacement par une seule direction générale.

Au sein de cette imposante direction générale, les responsabilités des unités organisationnelles ont évoluées et d'autres se sont ajoutées au fil du temps, sans trop modifier la structure de la direction générale. C'est donc dire que nous ne sommes pas en mesure, comme nous devrions l'être, de consacrer les efforts de la direction et les ressources qui s'imposent à la solution des grands enjeux avec lesquels doivent composer les programmes. Les ressources scientifiques sont réparties entre les unités des programmes. L'infrastructure est double. Les programmes sont excessivement difficiles à gérer et à coordonner de manière à maximiser les résultats. Il est également difficile de concentrer les ressources sur les priorités en matière de santé.

Dans bon nombre d'instances, plusieurs organismes distincts gèrent les composantes relatives à la santé que l'on retrouve au sein de la Direction générale de la protection de la santé (p. ex. aux États-Unis : *Centers for Disease Control*, *Food and Drug Administration*, *Environmental Protection Agency*, *National Institutes of Health*). Ces organisations élaborent des activités conçues pour respecter un plus petit éventail de responsabilités, établissent l'infrastructure scientifique nécessaire et affectent suffisamment de cadres supérieurs pour superviser toutes les composantes de leurs programmes. Ceci est impossible pour nous, car nous gérons, sous l'égide d'une seule direction générale, un trop grand nombre de programmes importants. Il en résulte une capacité moins qu'optimale pour fournir les services requis en vertu des 12 lois auxquelles la direction générale est assujettie.

Le remaniement du programme de protection de la santé qui disposerait de plus de moyens scientifiques, de programmes davantage ciblés, d'une plus grande attention de la part des cadres supérieurs et de responsabilités mieux définies est le chemin logique à prendre pour que Santé Canada protège plus efficacement la sécurité du public.

Santé de la population et santé publique

Une des faiblesses de l'approche du Ministère dans les domaines de la santé de la population et de la santé publique est qu'il a traité d'un côté la promotion de la santé et l'action communautaire et de l'autre, la surveillance de la santé et la prévention et le contrôle des maladies. Les éléments du programme qui devraient être traités ensemble afin d'atteindre des objectifs communs sont souvent éloignés les uns des autres du point de vue organisationnel, fonctionnant isolément ou de manière non coordonnée.

Nous devons favoriser une plus grande intégration et cohérence entre la promotion de la santé, l'action communautaire, la surveillance de la santé et la prévention et le contrôle des maladies.

Les sous-ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont établi que l'amélioration de la santé de la population et de la santé publique est une de leurs priorités. Ils ont souligné le besoin d'établir davantage de liens entre les stratégies de prévention et de contrôle des maladies et celles touchant la promotion de la santé.

Le Projet d'évaluation de l'impact des programmes de 1999 de Santé Canada a aussi permis de constater la nécessité d'accroître la coordination entre les deux programmes, à l'aide d'outils communs, de processus analytiques et de cadres d'établissement des priorités qui contribueraient à la réalisation des objectifs communs.

Défis de la direction

En raison de l'importance accrue des partenariats avec une multitude de collaborateurs, nous devons développer des approches cohérentes, conséquentes et horizontales qui transgressent les limites organisationnelles. Ceci est essentiel pour renforcer nos liens avec les autres ministères fédéraux afin de s'attaquer aux priorités du gouvernement. Les approches sont aussi indispensables à l'amélioration de notre travail avec les provinces et les territoires.

Nous devons mieux nous organiser et élaborer des approches élargies et plus cohérentes en vue de favoriser la collaboration et les possibilités de collaboration avec d'autres, particulièrement les provinces et les territoires. Nous devons aussi renforcer les liens horizontaux et la coordination au sein du Ministère.

Nos bureaux régionaux participeront plus activement à la gestion horizontale. Nous devons ressembler nos moyens dans les régions afin de déterminer clairement les secteurs où Santé Canada est le plus efficace et mieux soutenir ceux-ci.

De plus, Santé Canada a évolué et a assumé plus de responsabilités. Dans le budget fédéral de 1999, par exemple, on a annoncé l'octroi de 840 millions de dollars au Ministère sur une période de quatre ans (de 1998-1999 à 2001-2002). Le budget de cette année ajoute à ce montant une somme de 398 millions[2] (de 1999-2000 à 2002-2003). Ces investissements ne sont pas répartis uniformément au sein du Ministère. Il en résulte de nouveaux défis pour notre organisation et la direction étant donné que des organisations établies au cours d'une autre époque doivent répondre à de nouvelles exigences et adopter de nouvelles façons de travailler.

Nous avons évolué... mais pas uniformément à l'échelle du Ministère. Ceci a créé de nouvelles tensions et contraintes au sein de la structure actuelle.

Grâce au travail réalisé relativement à la transition de la Protection de la santé, à une plus grande importance accordée à la santé de la population, à nos discussions sur la stratégie et les activités liées aux initiatives des budgets de 1999 et de 2000 et au Projet d'évaluation de l'impact des programmes, Santé Canada est prêt à poursuivre les démarches déjà entreprises pour moderniser et renforcer le Ministère.

Même si l'ensemble du Ministère sera touché, nous ciblerons principalement nos programmes sur la protection et la promotion de la santé, ainsi que sur la façon d'aligner les activités régionales pour améliorer la prestation des programmes à l'échelle nationale.

Nous devons moderniser et renforcer davantage notre organisation en portant une attention particulière aux programmes de protection et de promotion de la santé et à nos activités régionales.

REMANIEMENT[3]

Nos initiatives de remaniement peuvent être regroupées sous deux catégories : les initiatives destinées à améliorer la gestion horizontale au sein du Ministère et à l'extérieur de celui-ci et celles qui renforceront notre organisation et lui permettront de mieux respecter son mandat. Ces mesures sont décrites ci-dessous.

---

2 Comprend 46 millions de dollars pour la biotechnologie.

3 Le remaniement dont il est question dans le présent document doit être approuvé par les membres du Conseil du Trésor. Santé Canada consultera les autorités appropriées après avoir pris en considération les discussions qui auront lieu et les commentaires recueillis.

Amélioration de la gestion horizontale

Le renforcement de la structure des sous-comités du CEM est essentiel pour mieux gérer la planification entre les directions générales, les questions de portée générale et la prise de décision ministérielle.

a) Renforcer les sous-comités du CEM

Une meilleure coordination et un meilleur partage du savoir entre les directions générales et les régions sont essentiels pour améliorer notre façon de travailler. De nombreuses questions ministérielles touchent plus d'une direction générale ou une région et nécessitent un bon leadership, la coordination horizontale des politiques et la prise de décision stratégique dans le contexte d'un travail d'équipe à l'échelon des cadres supérieurs. Cela sera fait par l'entremise du renforcement du système des sous-comités du Comité exécutif du Ministère (CEM)[4].

Le travail des sous-comités sera fondé sur le travail d'équipe à l'échelle du Ministère et portera sur l'atteinte de résultats collectifs et le respect des priorités communes. Le CEM déléguera la responsabilité principale à un sous-ministre adjoint principal (SMA) ou à un directeur général régional (DGR). La structure et le processus de gestion de chaque sous-comité seront édictés dans le mandat du groupe et le travail du sous-comité sera intégré aux processus de planification des stratégies, des politiques et des activités du Ministère.

Le CEM a déjà établi des sous-comités chargés d'étudier les secteurs suivants : politique et analyse, communications, finances, ressources humaines, gestion des biens et gestion de l'information et de la technologie de l'information. Le remaniement prévoit l'établissement de deux nouveaux sous-comités qui se pencheront sur la gestion des risques et les affaires réglementaires qui touchent tous les domaines fonctionnels[5].

---

4 Ce processus sera complété par l'établissement de comités officiels et non officiels ou par des accords entre les directions générales et les régions qui se pencheront sur des questions qui ne sont pas du ressort des sous-comités du CEM, tels que le partage d'expertise particulière et de fonctions qu'il est préférable de regrouper sous une direction générale ou dans une région.

5 Le Sous-comité du CEM sur la gestion des risques veille à ce que le sous-ministre (SM) et, s'il y a lieu, le ministre reçoivent des renseignements et des conseils opportuns sur les nouvelles questions qui nécessitent une intervention de gestion des risques. La fonction de gestion des risques est essentielle au rôle que nous jouons dans la protection de la santé et doit être gérée dans l'ensemble des directions générales.

Étant donné son importance exceptionnelle, la fonction de gestion des risques doit relever principalement d'un seul SMA. Le SM déléguera le pouvoir de la fonction de gestion des risques à ce SMA, lequel devra lui rendre clairement des comptes. Le SM demandera des comptes à tous les autres SMA et aux directeurs généraux régionaux pour leur collaboration avec le SMA directeur et pour la gestion du volet de cette fonction qui relève de leur direction générale ou de leur région.

Le Ministère devra aussi établir d'autres liens entre les directions générales – tels que des comités de spécialistes et des relations de travail entre des secteurs partageant des objectifs communs.

b) Mieux travailler dans l'ensemble du gouvernement

Santé Canada doit aussi collaborer plus étroitement avec d'autres ministères fédéraux en vue de renforcer la gestion horizontale dans l'ensemble du gouvernement fédéral. La restructuration de novembre 1999 de la Direction générale des politiques et de la consultation a créé une fonction ministérielle pour gérer et coordonner les efforts déployés à ce sujet. Le remaniement aidera le Ministère à présenter une approche plus simple et cohérente lorsqu'il travaille avec d'autres ministères.

c) Renforcer le rôle des régions et des DGR

Les activités de Santé Canada se font par l'intermédiaire de réseaux internationaux, nationaux, régionaux et locaux. Les bureaux régionaux représentent des points stratégiques de Santé Canada pour l'établissement de liens avec les réseaux régionaux et locaux, dont les gouvernements provinciaux et territoriaux, les conseils fédéraux régionaux, les organisations non gouvernementales, le secteur privé et le public. Les régions ont notamment comme fonction d'adapter les programmes du Ministère aux conditions locales, de fournir des renseignements régionaux sur les tendances, les questions et le point de vue des intervenants ainsi que d'assurer, de façon générale, le leadership de Santé Canada en fonction du mandat du Ministère.

L'exécution des programmes régionaux exige la sensibilisation du public, la diffusion d'information, des communications, le renforcement des capacités communautaires, le développement de la recherche et des connaissances, l'analyse et l'élaboration de politiques, une collaboration intersectorielle, des relations fédérales-provinciales-territoriales ainsi que la création de nouveaux liens et de nouvelles approches en matière de collaboration locale.

Les DGR sont et continueront d'être les principaux représentants du Ministère dans les régions. Ils assurent au quotidien la liaison avec les hauts fonctionnaires de tous les échelons de gouvernement et avec d'autres secteurs.

Les DGR deviendront le point central de leur région. Ils devront s'assurer qu'il y a une uniformité au sein du Ministère de façon à ce qu'il donne l'image d'une seule et même entité. Dans leur région, ils veilleront à la coordination horizontale et à la cohérence entre les programmes du Ministère et les provinces, les territoires, d'autres partenaires et collaborateurs de l'extérieur ainsi que le public. Les DGR seront responsables de l'élaboration des plans d'activités régionaux, qui incluront tous les programmes du Ministère offerts dans leur région. Ils seront aussi chargés de la gestion des questions stratégiques en matière de ressources humaines dans leur région, telles que les plans des ressources humaines régionaux, la Norme générale de classification, l'équité en matière d'emploi, les langues officielles et le suivi du sondage auprès des fonctionnaires fédéraux. De plus, ils devront aussi gérer les dossiers stratégiques ou horizontaux de leur région, comme la gestion de l'information, les services « de gestion » et les questions de programmes[6] qui touchent plusieurs directions générales.

Le rôle élargi du DGR sera défini dans un protocole de gestion ministériel et dans les objectifs de rendement qui auront été convenus par les sous-ministres, les DGR, les SMA responsables de fonctions ou de programmes et, s'il y a lieu, les directeurs régionaux (DR).[7]

Les SMA et les DGR seront responsables de favoriser une culture axée sur le travail d'équipe dans le but de développer et de maintenir des liens internes et externes plus forts.

Renforcer les activités de nos directions générales et de nos régions

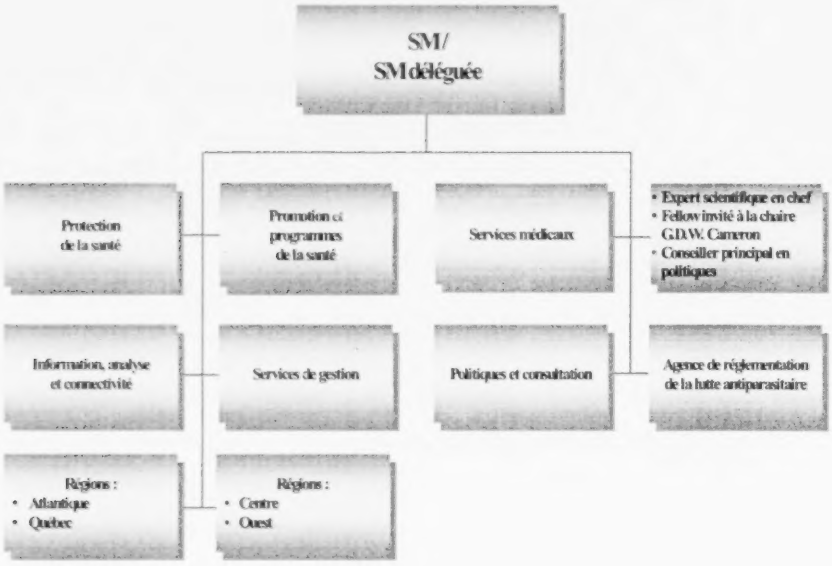
À l'heure actuelle, Santé Canada est divisé en six directions générales, quatre régions et deux agences. Le Ministère comptera maintenant sept directions générales, six régions et deux agences. Une description de l'orientation générale du remaniement est fournie ci-après.

---

6 Exemples : les articles 41 et 42 de la *Loi sur les langues officielles* et le développement durable.

7 Le sous-ministre adjoint principal de la DGSG est responsable de la gestion de ce processus. Le terme « directeur régional » renvoie à un employé qui a ce titre ou à la personne occupant le poste le plus important qui est chargée de la gestion de l'exécution d'un programme ou de la prestation d'un service précis dans sa région.

Structure organisationnelle actuelle



Nouvelle structure organisationnelle du Ministère

SM/
SM déléguée
Santé de la population et santé publique
Produits de santé et des aliments
Sécurité des milieux et des produits
Santé des Premières nations et des Inuits
Information, analyse et connectivité
Services de gestion
Politique de la santé et des communications
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire
Régions
• Atlantique
• Québec
• Ontario et Nunavut
Régions
• Manitoba et Saskatchewan
• Alberta et T. N.-O
• C.-B. et Yukon
• Expert scientifique en chef
• Fellow invité à la chaire G.D.W. Cameron
• Conseiller principal en politiques

Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP)

Cette direction générale sera principalement chargée de gérer des systèmes d'interventions en matière de surveillance et de santé en vue de promouvoir la santé et de réduire les facteurs de risque ou de modifier les comportements individuels ou collectifs de façon à éviter ou à limiter les blessures ou les maladies. Elle regroupe la plupart des éléments de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé (DGPPS)[8] actuellement en place ainsi que le Laboratoire de lutte contre la maladie de la Direction générale de la protection de la santé et le Laboratoire des maladies entériques et des zoonoses (anciennement le Laboratoire d'hygiène vétérinaire).

L'intégration de la responsabilité du Ministère en matière de promotion de la santé de la population à nos activités de surveillance nationale des maladies, d'évaluation des risques et de lutte contre la maladie mènera à un plus grand rapprochement entre les données, les résultats et les interventions en matière de santé. Elle entraînera aussi une élaboration de programmes plus efficace et l'amélioration du service offert à la population canadienne. Cette intégration renforcera la synergie au sein du Ministère ainsi que celle entre Santé Canada et nos nombreux partenaires de l'extérieur, comme les autres ministères, les provinces et territoires, les organisations bénévoles, les universités et les services de santé régionaux.

Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
SMA
Centre de coordination de la surveillance et des renseignements
Centre de promotion de milieux familiaux et sociaux sains
Centre de prévention des maladies chroniques
Centre de prévention des maladies transmissibles
Laboratoire pour la santé humaine et animal
Laboratoire des maladies entériques et des zoonoses
Planification stratégique

Les principales subdivisions de programme de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique seront les suivantes :

- le Centre de coordination de la surveillance et des renseignements – chapeautera les méthodes et les systèmes de surveillance, la collecte et l'entreposage de données, l'évaluation des risques et des interventions, la coordination des activités de sensibilisation (p. ex., Réseau national de surveillance de la santé), l'épidémiologie d'intervention, la mobilisation ministérielle et la coordination en cas d'éclosion d'une maladie, les interventions mondiales et les services d'urgence;

[8] Les principales exceptions sont les suivantes : tabac, prévention des blessures, sécurité des milieux physiques et hygiène en milieu de travail (ces éléments relèveront tous de Sécurité des milieux et des produits); nutrition (relèvera de Produits de santé et aliments); médias, éléments de communications des partenariats et du marketing ainsi que services de santé (relèveront de Politique de la santé et communications).

- le Centre de promotion de milieux familiaux et sociaux sains – chapeautera la santé prénatale et périnatale, le développement des enfants en santé, les familles en santé (y compris la violence familiale), le vieillissement en santé, les communautés en santé, la santé rurale, les habitudes saines de vie et le Réseau canadien de la santé;

- le Centre de prévention des maladies chroniques – chapeautera la santé mentale et les maladies neurologiques, la toxicomanie, les maladies cardiovasculaires et respiratoires, le cancer et les troubles cellulaires, les maladies musculaires et du squelette ainsi que les maladies du métabolisme (p. ex., le diabète);

- le Centre de prévention des maladies transmissibles – regroupera le VIH/sida, l'hépatite, les maladies virales, les bactérioses ainsi que les maladies fongiques et parasitaires;

- le laboratoire national de microbiologie (Laboratoire de santé humaine et animale, à Winnipeg) et les centres nationaux[9];

- le Laboratoire des maladies entériques et des zoonoses (à Guelph);

- la planification stratégique de la direction générale.

Les programmes de promotion de la santé offerts dans les régions sont actuellement gérés par la direction générale opérationnelle, par l'entremise d'un directeur régional qui relève directement du SMA responsable de la DGPPS. Toutefois, les programmes travaillent en étroite collaboration avec les groupes communautaires locaux et les gouvernements provinciaux et territoriaux. En vue d'augmenter leur efficacité et d'améliorer le profil du Ministère à l'échelon local dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, ces programmes seront gérés par les DGR.

Santé Canada est présentement rattaché aux systèmes provinciaux de soins de santé et de surveillance des maladies par l'intermédiaire du programme d'épidémiologie d'intervention et du réseau de santé public du Laboratoire de lutte contre la maladie. Bien que la surveillance de la santé publique et les activités en matière de santé publique se déroulent habituellement à l'échelon local, les résultats deviennent beaucoup plus probants lorsqu'ils sont rassemblés et partagés par l'entremise de réseaux nationaux et internationaux.

Bien que la surveillance de la santé publique et les activités en matière de santé publique continueront d'être gérées par le SMA responsable du programme, les DGR devront être au fait de ces activités pour s'assurer de répondre aux exigences régionales et pour augmenter la contribution et la collaboration de leur région. Par conséquent, une nouvelle fonction de

---

[9] Les centres nationaux sont des partenariats avec les provinces.

coordination régionale, relevant directement du DGR, collaborera étroitement avec les secteurs du Ministère oeuvrant dans le domaine de la santé publique. Afin de renforcer les liens avec les régions, le SMA responsable de la DGSPSP nommera un coordonnateur à l'échelon de la direction générale ou de la direction afin de coordonner les activités régionales.

Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA)

Le mandat de cette nouvelle direction générale sera de :

- promouvoir une saine alimentation et une utilisation éclairée des médicaments, des aliments et des produits de santé naturels;
- maximiser la sécurité et l'efficacité des médicaments, des aliments, des produits de santé naturels, des matériels médicaux, des produits biologiques et des produits de biotechnologie connexes qui sont disponibles sur le marché canadien et utilisés dans le système de santé.

Direction générale des produits de santé et des aliments
SMA
Produits thérapeutiques
Aliments
Produits de santé naturels
Produits biologiques et génétiques
Bureau de la consommation et de la participation du public
Bureaux responsables :
• de la planification stratégique
• des affaires réglementaires

La direction générale regroupera les éléments de programme qui traitent des déterminants de la santé et des risques associés aux produits ingérés ou introduits dans le corps humain. Elle sera principalement composée d'éléments du Programme des aliments, du Bureau des produits de santé naturels et du Programme des produits thérapeutiques de la Direction générale de la protection de la santé (DGPS) ainsi que du programme de nutrition de la DGPPS.

Les principales subdivisions de programme de la direction générale seront les suivantes :

- les produits thérapeutiques (matériels médicaux et médicaments);
- les aliments, y compris toutes les activités de Santé Canada dans le domaine de la nutrition;
- les produits de santé naturels;
- les produits biologiques et génétiques (sang et produits sanguins, vaccins antiviraux et antimicrobiens, traitements et diagnostics génétiques, tissus, organes,

xénotransplantations, produits radiopharmaceutiques, techniques de reproduction, Secrétariat du sang);

- le Bureau de la consommation et de la participation du public (BCPP)[10];
- la planification stratégique de la direction générale;
- la politique de réglementation de la direction générale.

Les responsabilités de cette direction générale en matière de réglementation seront assumées par le truchement d'inspections et de travaux de laboratoire dans les régions, lesquels sont gérés actuellement par la direction générale opérationnelle.

En vue d'atteindre les objectifs de ces programmes, il est primordial d'avoir une coordination nationale et d'utiliser des normes et des pratiques communes. Par conséquent, la direction générale opérationnelle continuera de gérer les opérations régionales de cette direction générale. Ces dernières continueront toutefois de travailler en étroite collaboration avec les DGR pour renforcer les communications locales et pour augmenter les liens avec les autres secteurs d'activité de Santé Canada de la région et avec les communautés locales, les gouvernements provinciaux et les autres intervenants.

Direction générale de la sécurité des milieux et des produits

Direction générale de la sécurité des milieux et des produits (DGSMP)

Cette nouvelle direction générale fera la promotion de la sécurité des milieux de vie, de travail et de loisirs. De plus, elle veillera à maximiser la sécurité et l'efficacité des produits destinés à la production et à la consommation offerts sur le marché canadien. Elle regroupera les éléments de programme qui traitent des déterminants de la santé et des risques associés aux produits et aux menaces qui agissent sur le corps humain (habituellement de façon externe ou à la suite d'une implantation). Elle sera composée principalement du Programme d'hygiène du milieu de la DGPS ainsi que des

[10] Ce bureau a été créé afin de faire participer davantage le public aux activités de protection de la santé du Ministère, notamment dans les programmes des produits thérapeutiques, des produits de santé naturels et des aliments. Il pourrait être appelé à jouer un rôle plus vaste dans l'ensemble du Ministère. Le cas échéant, il faudra alors peut-être réévaluer sa situation dans l'organisation.

programmes de la DGPPS ayant trait au tabac, à la prévention des blessures, à la sécurité des milieux physiques et à l'hygiène du milieu de travail.

L'Agence d'hygiène et de sécurité au travail (AHST) relèvera aussi de cette direction générale. L'AHST fournit des services en matière de santé et de sécurité au travail aux organisations gouvernementales (fédérales, provinciales et municipales), des services de mise en quarantaine pour protéger la santé de la population canadienne, des services d'inspection sanitaire sur les transporteurs (y compris les paquebots de croisière internationale) et dans les parcs fédéraux ainsi que des services de santé aux dignitaires. L'AHST relève actuellement du SMA responsable de la Direction générale des services médicaux (DGSM).

Les principales subdivisions de programme de cette direction générale seront les suivantes :

- la sécurité des milieux (y compris les produits radioactifs artificiels et naturels, la sécurité des milieux physiques et l'hygiène du milieu de travail);
- la sécurité des produits chimiques et des produits de consommation (y compris les cosmétiques), et la prévention des blessures;
- le tabac;
- le développement durable;
- l'Agence d'hygiène et de sécurité au travail;
- la politique en matière de réglementation et la planification stratégique de la direction générale.

À l'heure actuelle, les éléments de cette direction générale exécutent et gèrent directement dans les régions les programmes portant sur les régions biogéographiques, la sécurité des produits et la lutte contre le tabagisme. Ces programmes nécessitent généralement une collaboration avec les provinces, les territoires et d'autres ministères fédéraux (notamment Environnement Canada) ainsi qu'avec d'autres intervenants à l'échelon régional. Ils mènent aussi d'importantes activités d'intervention directe dans des secteurs comme la sécurité des produits et la prévention des blessures.

En plaçant ces programmes et ces activités sous la direction des DGR, on en améliorera l'exécution. Pour améliorer l'efficacité de Santé Canada, notamment dans les programmes traitant des régions biogéographiques, les régions auront besoin d'un renforcement des capacités scientifiques. La direction générale et les DGR détermineront ensemble la meilleure démarche à utiliser pour atteindre cet objectif.

L'Agence d'hygiène et de sécurité au travail gère un réseau de spécialistes en hygiène et sécurité au travail dans l'ensemble du pays. Le Secrétariat du Conseil du Trésor évalue actuellement son statut d'agence. En attendant les résultats de cette évaluation, le président-directeur général continuera de gérer les activités régionales. Toutefois, les DR de l'Agence collaboreront étroitement avec les DGR ainsi qu'avec les conseils fédéraux régionaux par l'intermédiaire des DGR.

Bureau de l'expert scientifique en chef

Santé Canada met sur pied ce bureau afin que l'orientation stratégique générale des responsabilités, des activités et des besoins scientifiques du Ministère bénéficie d'un leadership, d'une cohérence et d'une expertise accrus. L'expert scientifique en chef relèvera directement du sous-ministre.

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI)

La Direction générale des services médicaux (DGSM) travaille avec une clientèle unique qui a des besoins spéciaux et des relations particulières avec le gouvernement. Axées auparavant sur la prestation des services de santé, les activités se concentreront maintenant sur la dévolution, la surveillance de la santé des Premières nations et des Inuits, la coordination de programmes et la santé de la population. Cette direction générale aide de plus en plus les communautés et les organisations autochtones et inuites à élaborer, à planifier, à exécuter et à évaluer des programmes de santé ainsi qu'à augmenter les ressources de santé dans les communautés.

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
SMA
Programmes de santé des Premières nations et des Inuits
Services de santé non assurés
Secrétariat du Nord
Politiques des programmes, Secrétariat du transfert et planification
Services exécutifs
Régions

Par conséquent, afin de mieux clarifier son mandat auprès des Canadiens, cette direction générale sera appelée Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Les éléments de programme qui ne visent pas les Premières nations et les Inuits seront transférés à d'autres directions générales. Les services d'intervention d'urgence seront transférés à la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, et l'Agence d'hygiène et de sécurité au travail, à la Direction générale de la sécurité du milieu et des produits.

Ces changements permettront de mieux canaliser les activités de la direction générale. Ils n'auront toutefois aucune incidence sur le financement lié à la santé des Premières nations et des Inuits, ni sur les autres ressources.

À l'heure actuelle, les opérations régionales en matière de santé des Premières nations et des Inuits sont gérées par le SMA responsable de la DGSM par l'intermédiaire des directeurs régionaux. En raison des liens particuliers entre la direction générale et les communautés qu'elle dessert, ainsi que du besoin de stabiliser le financement des programmes et de veiller à répondre, sans interruption, aux besoins essentiels en matière de soins de santé, l'exécution régionale des programmes de santé des Premières nations et des Inuits continuera d'être gérée par le SMA responsable du programme. Les DGR auront toutefois le mandat d'augmenter les liens de ces programmes avec les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec les programmes régionaux connexes de Santé Canada. Les DGR s'acquitteront de cette tâche en étroite collaboration avec le DR. Les DGR et le SMA responsable de la DGSPNI élaboreront un cadre de travail pour gérer ces liens.

Direction générale de la politique de la santé et des communications (DGPSC)

La Direction générale des politiques et de la consultation (DGPC) deviendra la Direction générale de la politique de la santé et des communications. Cette nouvelle appellation souligne son rôle directeur au sein du Ministère en matière de politique de la santé, de communications et de consultation.

Les volets de la politique de la santé et de la planification de cette direction générale ont fait l'objet d'une réorganisation en novembre 1999. Par contre, la direction générale est encore en cours d'élaboration, et d'autres ajustements pourraient s'avérer nécessaires.

La création, pour la première fois, d'un secteur de politique fonctionnel au sein du Ministère pour les soins de santé représente un important changement. Les autres secteurs liés aux soins de santé du Ministère qui ne font pas actuellement partie de la Direction des soins de santé – comme la Division des systèmes de santé de la DGPPS – seront transférés à la nouvelle direction.

La Direction des communications et de la consultation n'a pas été touchée par le remaniement de la DGPC effectué en novembre. Le Projet d'évaluation de l'impact des

programmes a mis en évidence de solides liens entre les communications et le marketing social. Les éléments consacrés aux médias et aux communications de l'Unité des partenariats et du marketing de la DGPPS passeront donc à la Direction des communications et de la consultation de la DGPC.

Les bureaux des communications de Santé Canada dans les régions relèvent actuellement du directeur général de la Direction des communications et de la consultation. Cet arrangement permet de veiller à l'uniformité nationale des messages du Ministère. Par contre, il serait avantageux pour ces bureaux, qui sont la voix et le visage du Ministère dans les régions, d'accroître leurs liens avec d'autres activités ou programmes régionaux.

Les unités régionales des communications et de la consultation seront donc gérées par les DGR. Comme pour toutes les autres activités régionales, le DGR, le DG de la Direction des communications et de la consultation et le SMA responsable de la DGPSC prendront des dispositions afin de veiller à ce que le Ministère puisse trouver le juste équilibre entre les points de vue nationaux et régionaux dans nos activités de communication et de consultation.

Le leadership pour les fonctions d'élaboration de politiques et de planification stratégique incombe au SMA responsable de la DGPSC. Dans les régions, les bureaux des DGR mènent certaines activités d'analyse des politiques et des renseignements pour augmenter l'efficacité de Santé Canada. Ces activités comprennent :

- l'évaluation de l'impact des politiques, des programmes et de la législation de Santé Canada sur les provinces et les territoires;

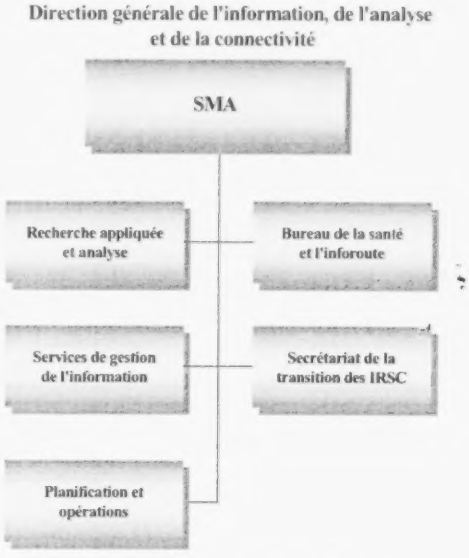
- l'analyse des tendances et des développements provinciaux et territoriaux en matière de politique de la santé, de législation, de questions fiscales et de programmes ainsi que l'évaluation de leurs répercussions sur Santé Canada.

Une capacité plus solide dans ces secteurs augmentera l'efficacité de Santé Canada. Les DGR et le SMA responsable de la DGPSC détermineront comment atteindre cet objectif. Les ressources s'occupant de l'élaboration de politiques et de la planification pourraient aussi collaborer avec les provinces et les territoires afin de partager les connaissances et l'information dans le domaine de la santé.

Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité (DGIAC)

Cette nouvelle direction générale a été créée en 1998 pour renforcer les fonctions de Santé Canada en matière de recherche appliquée et d'analyse, d'information, de gestion du savoir et d'infostructure. Ce secteur est également en cours d'élaboration et des ajustements pourraient s'avérer nécessaires.

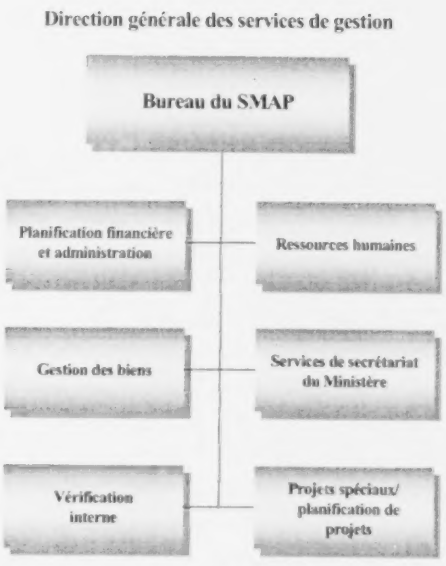
La DGIAC fournit actuellement des services de gestion de l'information et de technologie de l'information (GI/TI) aux opérations régionales. Les normes nationales, les politiques et la connectivité pour ces services relèvent du SMA responsable de la DGIAC. La gestion des services de GI régionaux sera transférée aux DGR. La gestion de la fonction de GI régionale sera réévaluée lorsque la DGIAC et les DGR se seront penchés sur les incidences de la décentralisation et auront déterminé quels sont les éléments qui devraient être gérés par la région et par la direction fonctionnelle. Cet exercice devrait prendre environ six mois.


Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité
SMA
Recherche appliquée et analyse
Bureau de la santé et l'inforoute
Services de gestion de l'information
Secrétariat de la transition des IRSC
Planification et opérations

Le SMA responsable de la DGIAC a la responsabilité fonctionnelle des travaux d'analyse qui doivent étayer l'élaboration des politiques ministérielles. Tout comme dans le cas de l'élaboration des politiques et de la planification stratégique, les bureaux des DGR ont maintenant une certaine capacité d'analyse des politiques. En raison de l'augmentation de leurs responsabilités en matière de cohérence et de coordination au sein du Ministère, ces bureaux devront renforcer leur capacité d'analyse. Les DGR et le SMA responsable de la DGIAC détermineront comment atteindre cet objectif.

Direction générale des services de gestion (DGSG)

La DGSG fournit au Ministère des services de planification financière et d'administration, de planification et d'opération des ressources humaines, de gestion des biens, d'hygiène et de sécurité au travail, de sécurité opérationnelle ainsi que des services de correspondance pour le ministre et le sous-ministre. Seules les opérations régionales de la direction générale seront modifiées dans le cadre du remaniement.



Les liens hiérarchiques actuels des services de gestion dans les régions sont fragmentés. Les services des finances, d'administration et des ressources humaines relèvent du DGR. La gestion des installations relève quant à elle de la direction fonctionnelle faisant partie de la DGSG.

Lorsque le remaniement entrera en vigueur, tous les services de la DGSG offerts dans les régions seront gérés par le DGR pour favoriser une prise de décisions rapide dans ces secteurs et pour augmenter le travail d'équipe entre les fonctions des régions. Ici aussi, il faut maintenir un juste équilibre de cohérence aux échelons national et régional à l'aide de cadres de responsabilisation établis par les DGR et le sous-ministre adjoint principal.

Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA)

L'ARLA est chargée de protéger la santé humaine et l'environnement en réduisant au minimum les risques liés aux produits antiparasitaires. Il s'agit d'une agence de Santé Canada qui relève du sous-ministre.

Aucun changement à la structure de l'ARLA n'est envisagé. Par contre, de solides liens doivent être établis entre ses activités en matière de santé et celles d'autres directions générales, notamment avec la DGSPSP pour les activités de surveillance qui font le suivi des tendances de la maladie en vue de signaler les effets possibles sur la santé d'une exposition aux pesticides, avec la DGPSA pour le suivi de l'incidence de l'utilisation de pesticides sur la qualité des aliments ainsi qu'avec la DGSMP pour la réglementation des pesticides qui ne sont plus autorisés mais qui se retrouvent dans l'environnement en tant que contaminants.

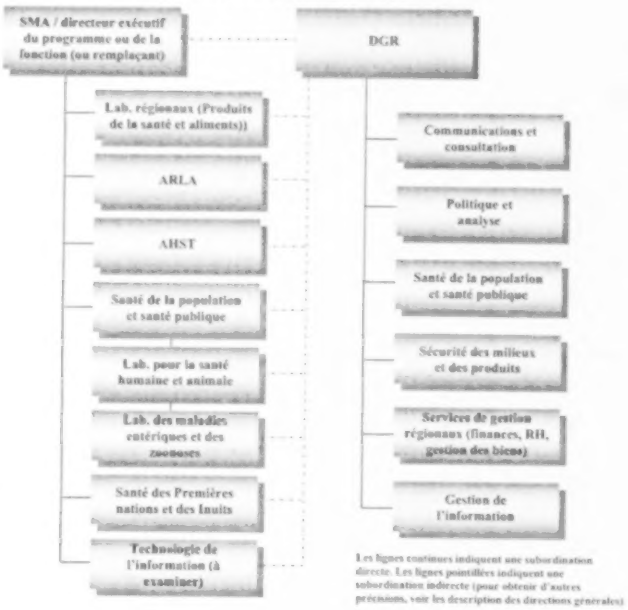
L'ARLA doit aussi continuer de collaborer étroitement avec des organisations externes, particulièrement avec Environnement Canada, Agriculture et Agroalimentaire Canada et l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), à la recherche et à la surveillance liées à l'environnement et aux pesticides, ce qui comprend une lutte antiparasitaire durable.

Les opérations régionales de l'ARLA sont composées d'employés travaillant dans les bureaux de l'ACIA dans six villes au Canada. Elles sont responsables de la vérification de la conformité et des inspections prévues par la *Loi sur les produits antiparasitaires*.[11] Comme dans le cas des activités réglementaires de la DGPSA, les opérations régionales de l'ARLA continueront de relever de la directrice exécutive (ou son remplaçant), mais travailleront en étroite collaboration avec le DGR pour renforcer les communications locales et augmenter les liens avec d'autres secteurs d'activité de Santé Canada dans la région.

Directeurs généraux régionaux

En raison de leur mandat élargi, de l'immensité géographique ainsi que de la diversité des conditions sociales, politiques et économiques influant sur l'exécution des programmes au Canada, les opérations régionales seront renforcées et, dans certains cas, réorganisées géographiquement en vue de mettre en oeuvre le remaniement organisationnel. La création de six régions au lieu des quatre en place actuellement représente un important changement. Les régions seront les suivantes : la Colombie-Britannique et le Yukon, l'Alberta et les T. N.-O., la Saskatchewan et le Manitoba, l'Ontario et le Nunavut, le Québec, le Canada atlantique[12].

Structure des opérations régionales


SMA / directeur exécutif du programme ou de la fonction (ou remplaçant)
DGR
Lab. régionaux (Produits de la santé et aliments))
ARLA
AHST
Santé de la population et santé publique
Lab. pour la santé humaine et animale
Lab. des maladies entériques et des zoonoses
Santé des Premières nations et des Inuits
Technologie de l'information (à examiner)
Communications et consultation
Politique et analyse
Santé de la population et santé publique
Sécurité des milieux et des produits
Services de gestion régionaux (finances, RH, gestion des biens)
Gestion de l'information
Les lignes continues indiquent une subordination directe. Les lignes pointillées indiquent une subordination indirecte (pour obtenir d'autres précisions, voir les description des directions générales)

[11] Les inspections sont effectuées par des employés de l'ACIA travaillant en collaboration avec les agents régionaux de l'ARLA.

[12] L'approche que nous adopterons pour travailler avec les territoires sera gouvernée par la façon dont ces instances veulent collaborer avec Santé Canada. Une alternative à l'option proposée ci-dessus serait de créer un « Secrétariat du Nord » qui servirait d'ouverture sur Santé Canada pour les territoires. Ce secrétariat pourrait être situé à Edmonton, à Toronto ou à Ottawa.

Comme le souligne cette section, l'élargissement du rôle de DGR s'appliquera non seulement à la gestion horizontale, mais aussi à l'exécution des programmes. L'organigramme figurant à page précédente donne un résumé de ces changements.

NOTRE PERSONNEL

La haute direction de Santé Canada a considéré dans tous leurs détails les modifications décrites ci-dessus et a examiné longuement les répercussions sur les ressources humaines. Nous avons défini un ensemble de principes qui nous aidera à aborder les questions liées aux ressources humaines :

Principes de gestion des RH :
- **aucune mise à pied**
- **transparence**
- **temps et aide pour l'acquisition de nouvelles compétences et connaissances**
- **employés tenus au courant**

- Sécurité, situation et ancienneté d'emploi
  - il n'y aura aucune mise à pied involontaire d'employés nommés pour une période indéterminée à la suite du remaniement;
  - les besoins en personnel nommé pour une période déterminée continueront d'être déterminés en fonction des besoins opérationnels;
  - les postes seront transférés avec leur titulaire à la nouvelle organisation;
  - les employés auront droit à du temps et à de la formation pour acquérir toutes les nouvelles compétences et connaissances nécessaires.
- Transparence
  - les employés et les agents négociateurs seront appelés à participer activement au remaniement afin que le Ministère puisse tirer profit de leur vision et de leur contribution;
  - des renseignements seront communiqués régulièrement de différentes façons;
  - les employés en congé autorisé ou en affectation dans une autre organisation seront informés du remaniement par le gestionnaire de leur organisation d'origine.

- Classification du travail

  - après le remaniement, les postes pour lesquels les exigences de travail auront été modifiées seront examinés pour déterminer si une reclassification est nécessaire;

  - lorsque l'évaluation de la classification entraînera la hausse du niveau d'un poste, on utilisera les procédures normales de dotation pour les hausses de niveau;

  - lorsque l'évaluation de la classification résultera en une hausse ou une baisse du niveau d'un poste occupé, les politiques et les procédures existantes en matière de ressources humaines seront appliquées.

- Dotation en personnel

  - les nouveaux postes créés à la suite du remaniement seront assujettis au processus de dotation normal.

INVITATION

Les renseignements fournis ci-dessus décrivent l'orientation stratégique d'un remaniement de Santé Canada. Nous avons présenté les principaux éléments de programme qui formeront la structure des directions générales et des régions sur laquelle reposera l'exécution des programmes du Ministère à travers le Canada.

Vous pouvez communiquer avec nous aux coordonnées suivantes :

- **site Web :** **www.hc-sc.gc.ca**
- **courriel :** **DM-Health_SM-Sante @hc-sc.gc.ca**
- **télécopieur :** **(613) 952-9660**
- **poste :** **Remaniement**
  Santé Canada
  Immeuble Brooke-Claxton
  Indice de l'adresse 0907D
  Ottawa (Ontario)
  K1A 0K9

Nos SMA et nos DGR ont encore des travaux à faire pour compléter les derniers éléments du remaniement.

Nous aimerions recevoir vos commentaires et votre aide pour :

- déterminer les démarches et les étapes additionnelles que nous devrions prendre en considération pour renforcer davantage notre capacité, en tant qu'organisation, à relever les défis auxquels nous faisons face;

- cerner les questions à étudier plus en profondeur au fur et à mesure que nous mettrons en oeuvre le remaniement;

- trouver la meilleure façon d'organiser les activités et les fonctions définies pour chaque direction.

Nous vous invitons à nous transmettre vos commentaires par la poste, par courriel ou par télécopieur d'ici la fin mai 2000 aux coordonnées fournies dans l'encadré ci-dessus.

Nous tiendrons également des séances de discussion avec les employés. De plus amples renseignements vous seront communiqués à cet effet.

Nous examinerons tous les commentaires, présenterons les conclusions aux employés et demanderons les autorisations nécessaires. L'objectif est de mettre en oeuvre ce remaniement d'ici au 1er juillet 2000. Jusqu'à ce que le remaniement soit officiellement annoncé, toutes les organisations continueront de fonctionner comme elles le font présentement.